

ANNALES
DES MALADIES
DE L'OREILLE, DU LARYNX
(OTOSCOPIE, LARYNGOSCOPIE, RHINOSCOPIE)
ET DES ORGANES CONNEXES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TROUBLES RESPIRATOIRES DANS LES LARYNGOPATHIES SYPHILITQUES,

par le Dr M. Krishaber.

Les laryngopathies de la syphilis se manifestent à des distances tellement variables, eu égard à l'époque de l'infection, qu'il est de toute impossibilité d'assigner des limites à leur apparition.

S'il est assez aisé de déterminer le temps minimum qui s'écoule entre le moment des premières apparitions syphilitiques et les lésions laryngées, il en est tout autrement des accidents éloignés. D'après un relevé établi à l'hôpital du Midi, par M. Mauriac et moi (1), les éruptions syphilitiques du larynx les plus récentes étaient survenues après un laps de temps variant entre deux et six mois à partir de l'apparition du chancre infectant ; une seule fois seulement l'incubation des accidents laryngés a été de dix mois.

Voilà pour les manifestations *récentes* ; mais comment indiquer le terme d'apparition des accidents laryngés *tardifs*,

(1) Krishaber et Mauriac, Des laryngopathies pendant les premières phases de la syphilis, in *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1875.

lorsqu'il est fréquent de les constater après un intervalle de santé parfaite, à des années de distance de l'infection, le plus souvent de quatre à cinq ans, mais aussi de dix, quinze ans et même de beaucoup au delà.

On serait tenté de croire que des phénomènes tertiaires seuls peuvent avoir le privilège de ces tardives éclosions, et en effet, ce sont ceux-là que l'on constate le plus souvent ; mais il n'en est nullement ainsi dans tous les cas, et des accidents secondaires apparaissent à toutes les époques.

Bien des années après l'infection, survient parfois dans les voies respiratoires un simple érythème dont la spécificité n'est révélée dans la suite que par l'apparition des accidents graves, succédant aux premiers qui ont été superficiels. Ce qui est un simple catarrhe laryngé en apparence, à quelque distance de la contamination qu'il survienne, peut se compliquer à un certain moment d'érosions, légères et superficielles à un tel point, qu'elles ne sont visibles au laryngoscope qu'à un éclairage très-puissant, et cependant ce catarrhe pourra donner lieu à de l'œdème qui menacera promptement la vie du malade, tout comme cela arrive dans les accidents tertiaires avec ulcérations profondes et un travail de destruction plus ou moins étendu.

On ne peut donc nullement conclure de la gravité des accidents ou de l'ancienneté de la syphilis, aux formes avancées de ses manifestations, et il est surtout utile d'apprécier à sa juste valeur cette circonstance, que l'œdème peut compliquer toutes les formes des laryngopathies syphilitiques. Or, cet œdème qui sur d'autres muqueuses est une complication de peu de gravité, constitue dans le larynx, on le sait de reste, l'accident le plus promptement redoutable.

Il s'en suit que les affections laryngées les plus communes doivent être l'objet d'une sollicitude particulière lorsqu'il existe des antécédents syphilitiques, sollicitude d'autant plus justifiée, que le traitement spécifique a une action prompte et dans certains cas, même absolue. Tout trouble laryngé chez un syphilitique, fût-il dûment contracté par simple refroidissement, doit être considéré comme susceptible de produire des désordres graves, et traité en conséquence.

Comme l'œdème peut compliquer toutes les formes des laryngopathies syphilitiques, l'époque de son apparition est aussi variable que celle de ces laryngopathies elles-mêmes. Il faut dire, toutefois, que de toutes les manifestations laryngées, c'est la forme végétante qui évolue le plus souvent sans complication d'œdème.

Les végétations syphilitiques se forment très-lentement ; elles m'ont paru atteindre par ordre de fréquence les cordes vocales elles-mêmes, les replis thyro-aryténoïdiens supérieurs, la muqueuse sous-glottique, et en dernier lieu toute autre partie de la cavité laryngo-trachéale. Une lésion de ce genre consiste en une espèce de prolapsus membraneux formé au niveau des deux cordes vocales, partant tantôt de son bord libre, tantôt de l'une de ses faces, et formant ainsi, entre les lèvres de la glotte, une espèce de diaphragme qui tend à amener graduellement, d'abord le rétrécissement, finalement l'oblitération complète de l'organe. D'autres fois il survient de véritables végétations polypeuses, mais il me paraît toujours facile de distinguer ces végétations spécifiques des véritables polypes simples, en ce que ces derniers surviennent dans un organe sain, tandis que les premiers ne pullulent que sur une muqueuse plus ou moins labourée par des lésions antérieures, le plus souvent ulcéreuses.

Si cette distinction est nettement tranchée, il n'en est pas de même du diagnostic des végétations syphilitiques d'avec les végétations tuberculeuses ou cancéreuses. Une différenciation ne peut être obtenue que par l'examen d'un ensemble de faits qui est encore loin de conduire à la certitude, car localement, il n'existe, en réalité, aucun signe caractéristique distinctif nettement tranché. Quoi qu'il en soit, la laryngosténose syphilitique causée par la production de végétations affecte une marche particulièrement lente, mais elle est pour ainsi dire fatale, et elle se termine, si l'on n'intervient pas chirurgicalement, le plus souvent par la tendance à l'oblitération de la glotte.

Une autre forme lente de rétrécissement syphilitique du larynx a pour cause la rétraction cicatricielle des tissus après les pertes de substances, lorsque celles-ci ont été

très-étendues, et surtout, très-profondes. Tant que l'ulcération n'atteint que la muqueuse, elle se comble avec une merveilleuse facilité sous l'influence du traitement spécifique, et parfois c'est à peine s'il est possible de reconnaître les traces de la lésion; la reconstitution devient même tellement complète que des ulcérations des cordes vocales elles-mêmes, ayant amené l'aphonie absolue, peuvent guérir au point de permettre le rétablissement presque intégral de la voix; mais il en est tout autrement des pertes de substances profondes ayant atteint les tissus sous-muqueux et particulièrement le périchondre. La cicatrisation de ces lésions profondes, que l'œdème ait ou non compliqué les phénomènes, peut être obtenue par la médication spécifique, mais il est bien fréquent que la déformation de l'organe survienne dans la suite et qu'un rétrécissement se produise peu à peu. Ce rétrécissement s'arrête cependant assez fréquemment avant l'oblitération de la glotte, et dans certains cas, la trachéotomie peut être évitée, mais la gêne respiratoire n'en existe pas moins à des degrés divers.

La laryngosténose cicatricielle, comme celle due à des végétations, n'a que peu de tendance à se compliquer d'œdème.

J'aurai à dire combien les laryngosténoses aiguës sont promptement influencées par un traitement approprié; mais, je n'ai jamais vu, en ce qui me concerne au moins, la laryngosténose à forme chronique régresser, quelle que soit la médication et si prolongée qu'elle pût être.

Les observations de laryngosténose chronique sont relativement fréquentes, et il s'agit très-approximativement toujours des mêmes lésions; mais comme les troubles fonctionnels qui s'y rattachent sont très-différents selon le degré des lésions et qu'il en est de même du traitement de ces malades; il me paraît rationnel d'établir un certain classement, qui serait le suivant :

1° Laryngosténose avec oblitération de la glotte. La respiration se fait par la canule trachéale. Une bougie allumée tenue devant la bouche du malade ne subit pas la moindre oscillation aux efforts tentés pour la souffler. Voix abolie; le malade ne possède, en ce qui concerne la parole, que la

faculté de la mussion, c'est-à-dire le langage muet des lèvres et de la bouche qui empruntent à l'air de la cavité buccale une apparence de vibration extrêmement faible.

2° Laryngosténose inspiratoire. Les malades de ce genre doivent subir invariablement la trachéotomie comme ceux de la première variété, étant dans l'incapacité de faire pénétrer entre les lèvres de la glotte à chaque inspiration une quantité d'air suffisante pour les besoins de l'hématose. Ils peuvent cependant rendre par l'expiration une colonne d'air assez puissante pour faire entrer en vibrations sonores les cordes vocales, en admettant que celles-ci ne soient pas impliquées dans la lésion à un degré trop avancée. Il s'ensuit que la voix chez ces malades persiste à un degré quelconque.

3° Laryngosténose incomplète. La trachéotomie a pu être évitée; la lésion s'est définitivement arrêtée, mais elle persiste indéfiniment au même point. Ces malades respirent, sinon normalement, mais suffisamment cependant pour vivre, pourvu toutefois qu'ils se condamnent à un repos relatif et qu'aucune complication accidentelle ne se produise. L'affection est compatible avec la santé générale; la voix est plus ou moins normale.

Le bruit du cornage n'appartient qu'aux deux dernières catégories de malades, et il faut ajouter qu'il n'est pas en relation directe avec l'intensité des lésions.

Il est facile de constater au miroir d'inspection du laryngoscope, que le mécanisme du cornage se produit presque toujours dans l'inspiration, et que les tissus gonflés entrent en vibrations sonores pendant le passage de l'air qui tend à rapprocher l'un de l'autre les replis œdématiés, tandis que pendant l'expiration, le mécanisme inverse se produisant, le bruit morbide cesse complètement.

Je dirai à cette occasion que l'intensité du bruit de cornage ne dépend pas des vibrations sonores des tissus malades seulement, et que, sans les vibrations simultanées des cordes vocales elles-mêmes et la propagation et le renforcement de l'ensemble de ces bruits dans la trachée et les bronches, le bruit de cornage serait très-faible.

L'intensité du bruit de cornage est d'ailleurs loin d'être

en raison directe de l'étroitesse du rétrécissement. Lorsque celui-ci est très-prononcé et surtout lorsque le siège et la nature de la lésion empêchent la participation aux vibrations sonores des cordes vocales, on n'entend qu'une espèce de souffle rude ; tandis que toutes les fois que les cordes vocales se trouvent être mises en vibrations sonores pendant l'inspiration, le cornage est bruyant, alors même que le rétrécissement est peu prononcé. (Voy. *du Cornage*, Krishaber. *Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, 1876.)

Le pronostic des laryngosténoses syphilitiques, s'établit d'après ce que nous avons dit plus haut, surtout d'après l'évolution des accidents respiratoires. Si ces accidents ont été lents à se produire, ils se rattachent constamment à un travail organique à marche insidieuse qui sous l'apparence de la bénignité au début, conduit peu à peu à un état fort grave ; si au contraire, les troubles respiratoires sont survenus rapidement, ils constituent bien un danger imminent, mais fugace, susceptible être promptement conjuré par un traitement énergique.

C'est ainsi que parmi les malades, les uns guérissent sous l'influence du traitement spécifique seul, si avancés qu'aient été les troubles respiratoires, avec une promptitude qui a lieu d'étonner parfois, tandis que d'autres malades sont réfractaires à tout traitement, et non-seulement on est obligé de recourir à la trachéotomie, de maintenir indéfiniment la canule dans la trachée, mais cette opération est loin de remédier toujours à l'asphyxie, et certains malades, lorsque la lésion est trachéale surtout, succombent malgré l'opération.

Les lésions syphilitiques des voies respiratoires sont en général plus graves dans la trachée que dans le larynx, et les lésions laryngées elles-mêmes plus graves dans la portion sous-glottique que dans la partie située au-dessus des cordes vocales.

Je dirai à cette occasion que l'œdème paraît survenir dans les laryngopathies syphilitiques le plus souvent après un refroidissement. En est-il réellement ainsi, ou l'affirmation des malades ne prend-elle sa source que dans l'habitude si générale d'attribuer au refroidissement tout trouble respiratoire,

on ne saurait le dire, mais je crois utile de considérer comme suspects de syphilis la plupart des individus non tuberculeux atteints d'œdème aigu du larynx, le refroidissement étant ou non mis en cause. Sans émettre cette proposition sous forme absolue, je me borne à appeler l'attention sur cette circonstance que l'œdème du larynx est un accident rare en dehors de toute diathèse, tandis qu'il en est tout autrement en ce qui concerne les affections diathésiques, dont presque toutes les formes, les plus légères comme les plus graves, tendent à se compliquer de suffusions œdémateuses. Étant données ces notions précises, étant donnée d'une autre part la possibilité de conjurer les accidents dus à l'œdème relevant de la syphilis, par un traitement général, et sans aucune opération, et même sans l'application d'aucun topique, on conçoit qu'il soit rationnel d'admettre au moins la présomption de la syphilis et de traiter les malades dans ce sens, alors même que l'œdème de la glotte ne peut pas être péremptoirement rattaché à cette diathèse.

La pratique que j'ai adoptée pour prévenir, dans la mesure du possible, les rechutes, est la suivante : Une fois la guérison obtenue, je mets l'individu au repos de tout traitement pendant un mois entier, et ensuite, je fais prendre les premiers huit jours de chaque mois une cuillerée à thé de liqueur de Van-Swieten, et pendant les huit derniers jours de chaque mois un gramme d'iodure de potassium. Ce traitement est continué pendant une année à peu près. Il est renouvelé dans la suite au moindre éveil, sur la nature duquel les malades se trompent rarement, lorsqu'ils ont déjà subi une première atteinte.

Il est d'un intérêt tout particulier de ne pas perdre de vue les individus ayant été déjà une fois atteints de laryngosténose syphilitique. Lorsque la maladie spécifique s'est manifestée par des accidents graves, leur retour est toujours à craindre et la surveillance doit être continue et suivie. Il est surabondamment prouvé qu'un malade atteint d'accidents laryngés si légers qu'ils soient est exposé à des rechutes sous une forme souvent plus grave, après cessation prématurée d'un traitement, même si ce traitement a été suffisant pour conjurer les premières manifestations.

Sous ce rapport la clinique de la ville présente certains avantages sur la clinique hospitalière, mais il n'en est pas moins vrai que de tous les malades en général, ce sont les syphilitiques qui se dérobent le plus fréquemment à une observation prolongée; c'est là ce qui donne une certaine valeur à l'histoire des malades qu'on n'a pas perdus de vue pendant longtemps. Il en est ainsi de plusieurs des observations que je relate ici, et qui par leur ancienneté relative, me paraissent plus particulièrement militer en faveur de l'admission d'un certain pouvoir préventif du traitement spécifique en ce qui concerne au moins certains accidents.

Je me garderai bien de trop généraliser ces inductions. Il est d'abord de notion vulgaire que l'on ne prévient pas les premiers accidents secondaires par un traitement spécifique, fût-il institué à l'époque la plus rapprochée de l'infection; il est généralement admis aussi, que l'on n'empêche guère l'évolution de certaines formes avancées de la syphilis et que le traitement est bien plus propre à combattre les accidents existants, qu'à en conjurer l'éclosion. C'est ainsi, en effet, que les faits se présentent en général, mais il me paraît être d'une certaine importance de prouver aussi que lorsque la diathèse s'est localisée dans un organe, le traitement ne doit pas être considéré comme achevé, ni la guérison comme définitive dès que les lésions ont disparu, et que la prolongation pendant un temps plus ou moins long, selon les cas, d'un traitement atténué, empêche le retour offensif de la maladie. La saturation apparente ne doit pas empêcher de revenir à la médication spécifique à certains intervalles. Lorsque les signes classiques de l'intoxication mercurielle et iodique s'accusent avec intensité, on peut diminuer les doses des médicaments, ou en espacer les prises, mais on n'abandonnera le traitement qu'après un temps fort long.

En somme, sans tenir compte du moment d'apparition des troubles laryngés, eu égard au moment de l'infection, et sans tenir compte de la nature de ces lésions, on peut dire que les laryngosténoses affectent une marche *chronique* et une marche *aiguë*, et que ces deux variétés se comportent bien différemment en face du traitement.

Il importe d'ajouter, en ce qui concerne la forme aiguë, qu'elle n'est pas exclusivement due à l'œdème qui n'est que la cause directe de beaucoup la plus fréquente, mais nullement constante des troubles respiratoires rapidement évolués.

Comme les observations de malades affectés de laryngos-ténose syphilitique à forme aiguë sans complication d'œdème sont rares, je mets en tête de mes observations l'histoire qui en est un exemple remarquable.

OBSERVATION I. — M. X..., d'aspect robuste et d'un embonpoint assez prononcé, âgé de 35 ans environ, se présente chez moi le 16 janvier 1874, accompagné de M. le professeur Guyon. Il est dans un état d'asphyxie qui lui permet à peine de monter l'escalier et son aspect cyanosé est fait pour inspirer les plus vives inquiétudes. Nous apprenons que les accidents respiratoires étaient survenus depuis deux mois, et avaient augmenté rapidement. Le cornage se faisait d'abord entendre la nuit pendant le sommeil, il devint ensuite diurne et absolument continu ; le moindre mouvement augmenta les troubles respiratoires et de véritables paroxysmes d'asphyxie surviennent par instants. Le malade ne tousse pas et n'accuse aucune douleur locale.

L'aspect robuste seul du malade fait écarter toute idée de lésions pulmonaires et l'auscultation confirme cette présomption ; le cœur et les gros vaisseaux sont à leur tour trouvés indemnes, et il est évident que la cause directe des troubles doit être recherchée dans les voies respiratoires elles-mêmes. En effet, l'examen laryngoscopique de M. X... nous révèle qu'il y a une déviation à gauche de la totalité du larynx, provenant d'une compression exercée par une tumeur du cartilage thyroïde, et dont la masse principale siège à droite et en arrière. Cette tumeur, qui est sous-muqueuse, est volumineuse au point d'effacer presque complètement la gouttière pharyngo-laryngée. Toute la muqueuse du larynx est rouge, légèrement boursoufflée ; les replis thyro-aryténoïdiens supérieurs sont écartés et immobiles ; les vraies cordes vocales, rouges et immobiles à leur tour, sont, au contraire, très-rapprochées l'une de l'autre, formant une glotte linéaire extrêmement étroite. Dans les

plus grands efforts respiratoires, les deux cordes vocales ne s'écartent que de 2 à 3 millimètres à peine; des vibrations sonores se forment en ce point dans l'inspiration et, par conséquent, le cornage est produit par les lèvres de la glotte elle-même. Il n'y a pas de traces d'ulcération, ni d'œdème, ni de végétation. La trachée est invisible.

Une circonstance importante à noter, c'est qu'il existe une tumeur osseuse assez volumineuse dans la région sus-sternale paraissant s'être développée aux dépens même du sternum, auquel elle adhère intimement. L'analogie de cette tumeur avec celle du thyroïde nous paraît de la dernière évidence.

Malgré les dénégations formelles du malade, nous prescrivons des frictions mercurielles et d'assez fortes doses de sirop de Gibert. Nous convenons surtout que le malade doit être mis sous une surveillance continue pour que la trachéotomie puisse être effectuée en cas d'asphyxie imminente. Il est convenu aussi que cette opération ne sera pas différée au delà de trois semaines, si jusque-là les résultats obtenus par le traitement n'étaient pas satisfaisants. Ma confiance dans le traitement était cependant moindre que celle de mon honorable confrère, et je croyais moins que lui que l'opération pourrait être évitée; il en fut ainsi cependant.

Le malade, ayant quitté Paris, est attentivement surveillé par M. le Dr Allain, de Lille, qui nous donna plus tard, à son sujet, des renseignements très-précis.

« Dès le deuxième jour du traitement, dit notre honorable confrère, l'amélioration était notable, le cornage moins prononcé et le malade dormait, ce qu'il n'avait pu faire depuis longtemps. A la fin de la première semaine, la voix était revenue, un peu éraillée, sans doute, mais nette avec un timbre franc. La guérison était complète au bout de 15 jours. Au fur et à mesure que les symptômes s'amendèrent, le larynx reprit sa forme et son volume normaux. »

Le traitement mercuriel fut continué cependant pendant un mois entier; au bout de ce temps, il fut mis à l'iodure de potassium, et c'est seulement plusieurs mois après le début du traitement que le malade cessait tout traitement.

Il récupéra sa santé et aucun accident nouveau ne s'est manifesté depuis quatre ans.

La tumeur pré-sternale avait à son tour disparu pendant le traitement.

Cette observation nous montre d'une manière péremptoire la possibilité de guérir promptement les exostoses syphilitiques du larynx, alors même que les troubles sont arrivés au summum d'intensité, sans qu'il soit nécessaire d'intervenir chirurgicalement.

Quelle que soit la nature des lésions syphilitiques qui ont provoqué les laryngosténoses aiguës, il importe avant tout que la médication soit assez énergique et suffisamment prolongée. L'observation suivante me paraît bien probante à ce point de vue.

OBSERVATION II. — M. X..., âgé de 45 ans, est atteint de troubles respiratoires, dont le début remonte à plusieurs mois. Lorsque je le vois pour la première fois, il tousse peu, mais il dit avoir notablement maigri, et son aspect chétif et émacié dénote une déchéance profonde. Le malade accuse une certaine sensibilité du larynx, et sa voix est presque complètement éteinte. Les mouvements de déglutition s'effectuent assez bien.

L'auscultation ne donne pas de résultats précis à cause du bruit qui se passe au niveau de la glotte, bruit dont l'intensité masque les bruits respiratoires normaux.

L'examen laryngoscopique permet de constater des érosions multiples sur les cordes vocales, qui sont très-rouges et très-tuméfiées. Celle du côté gauche est particulièrement boursouflée et immobile. Les replis thyro-aryténoïdiens supérieurs ne présentent pas d'ulcérations, mais ils sont boursoufflés et injectés comme le reste de la muqueuse laryngée. Les replis aryténo-épiglottiques participent peu à cet état, et l'épiglotte est presque entièrement saine.

Quoique cet état local ne permette pas d'établir un diagnostic précis, et que les lésions constatées pouvaient se rapporter tout aussi bien à la tuberculose qu'à la syphilis, et malgré les dénégations du malade à ce dernier point de

vue, je lui prescrivis du sirop de Gibert et apprends en même temps que le malade avait été déjà soumis à ce traitement par plusieurs médecins. Après quelques semaines de ce traitement, une certaine amélioration se manifeste et la respiration devient quelque peu plus facile. Je perds le malade de vue à ce moment, mais plusieurs mois après, il se présente de nouveau chez moi, avec des accidents respiratoires beaucoup plus accusés que la première fois.

Dans l'intervalle, il avait été soigné en ville et à la Pitié. Je constate que les érosions se sont multipliées, qu'elles ont gagné en profondeur et en étendue, et c'est surtout l'œdème qui est plus accusé que la première fois. La respiration est devenue tellement anxieuse, que je doute de la possibilité de pouvoir éviter la trachéotomie. Le malade se refuse cependant absolument à l'opération et déclare formellement préférer la mort à toute intervention chirurgicale. Dans cet état de choses, et sans le moindre espoir, j'institue de nouveau un traitement antisiphilitique plus énergique, cette fois.

Je prescrivis deux fois 20 grammes de liqueur de Van-Swieten et 4 grammes d'iodure de potassium par jour. Ce traitement paraissait donner quelques résultats très-prompts ; le malade le suit cette fois beaucoup plus régulièrement que la première fois ; les accidents respiratoires s'amendent en effet progressivement, et après un mois, la voix reparait en partie. Encouragé par ce succès et sans tenir compte des inconvénients qui se rattachent à la prolongation d'une indication semblable, et malgré les plaintes du malade, je persiste énergiquement dans la rigoureuse exécution de ma prescription. C'est seulement vers la cinquième semaine, à partir de la reprise de ce traitement mixte, que l'amélioration devient très-manifeste, et la disparition complète des accidents a pu être constatée après deux mois. A ce moment, l'examen laryngoscopique m'a permis de reconnaître la disparition absolue de l'œdème et des érosions, la corde vocale gauche étant redevenue mobile et apparaissant sous son aspect presque normal, comme le reste du larynx. Il ne restait en vérité qu'une légère injection généralisée. Celle-ci, à son tour, disparut quinze jours après,

la voix avait repris en partie sa sonorité, la respiration était devenue absolument normale; tout l'aspect du malade avait profondément changé à son bénéfice. C'est alors seulement que je cessai l'administration des médicaments, dont j'avais diminué les doses dans les dernières semaines. La santé générale s'améliora encore progressivement, et le malade, à partir de ce moment, pouvait être considéré comme parfaitement guéri.

Voilà donc l'histoire d'un malade atteint de troubles respiratoires ayant été sans résultat soumis à un traitement spécifique par plusieurs médecins, au nombre desquels je figurais à mon tour. Je me laisse décourager, et je juge la trachéotomie indispensable. Le malade refuse; c'est alors que je le soumetts à un traitement spécifique plus énergique et surtout plus prolongé que les précédents, et ce malade guérit.

Le mérite de ce succès revient à la pusillanimité du patient; mais s'il en a seul le bénéfice, il nous est permis au moins de tirer un utile enseignement d'un fait semblable. Il prouve péremptoirement que la nature syphilitique de l'affection une fois reconnue, on n'est pas en droit de désespérer du succès du traitement, alors même que les premières fois on est resté sans résultat. Il s'agit d'instituer une médication énergique et suffisamment prolongée.

OBSERVATION III. — L'observation que je viens de faire connaître trouve son corollaire presque identique dans l'histoire d'une femme de 52 ans, admise à la Charité (suppléance de M. Delens) pour des accidents respiratoires reconnus de cause syphilitique et se rattachant à des lésions laryngées. Ayant quitté l'hôpital notablement améliorée, elle est reprise peu de temps après sa sortie, cette fois, de véritables accès de suffocation, pour lesquels elle allait de nouveau rentrer à l'hôpital pour y subir la trachéotomie immédiate. C'est à ce moment que je vis la malade, et, instruit par ce que j'avais observé antérieurement, je conseille de surseoir à l'opération et de faire un traitement beaucoup plus énergique que la première fois. Grandes frictions mercurielles avec 10 grammes d'onguent gris par jour, et, en plus, 3 cuillerées à bouche de

sirop de Gibert. Cette fois la guérison fut aussi définitive que rapide; je diminuai les doses du médicament, mais les maintins pendant deux mois environ.

Trois ans se sont écoulés depuis, et les accidents ne se sont renouvelés à aucun degré. La guérison est complète et absolue.

On peut encore ranger dans le même ordre le fait suivant :

OBSERVATION IV. — Une jeune femme de 25 ans environ, se présente chez moi avec sa mère dans les premiers jours du mois d'août 1876. Elle est atteinte d'une grosse tumeur ganglionnaire du côté gauche du cou et se plaint vivement de douleurs pendant la déglutition. La voix n'est que très-peu altérée; je constate une profonde ulcération à la paroi postérieure du pharynx et du pilier gauche du voile du palais. La respiration est normale.

Sans adresser aucune question à la malade pouvant se rapporter à des antécédents syphilitiques, en raison de la présence de sa mère, je prescrivis la liqueur de Van-Swieten, à la dose de 2 cuillerées à dessert et 2 grammes d'iodure de potassium. Pour tout traitement local, un collutoire au borax. Dix jours après, l'ulcération était en partie comblée, et le vingt-cinquième jour du traitement la guérison était obtenue. Le ganglion n'avait pas complètement disparu encore, mais il était réduit à la grosseur d'une petite noisette.

Les choses en restèrent là, lorsque sept mois après la première visite, je revis cette malade de nouveau. Elle était atteinte d'un léger cornage et d'une dyspnée assez prononcée. Comme elle était seule cette fois, je pus la questionner au sujet des antécédents, mais elle opposait à toutes mes investigations la dénégation la plus absolue. Je pus cependant constater de visu la trace quelque peu effacée de taches sur les jambes et sur l'abdomen, mais aucune trace de lésions primitives aux parties génitales.

L'examen laryngoscopique révéla cette fois l'existence d'une tuméfaction œdémateuse des aryténoïdes, des replis thyro-aryténoïdiens supérieurs et aryténo-épiglottiques. Je ferai remarquer à cette occasion que sur le plus grand

nombre des malades, l'œdème atteint plutôt les replis thyro-aryténoïdiens supérieurs que les replis aryténo-épiglottiques. L'épiglotte présentait de légères érosions multiples, disséminées sur presque toute son étendue, et surtout à sa face postérieure. Le rétrécissement du vestibule du larynx était assez considérable pour empêcher l'inspection des cordes vocales, mais comme lors de la première visite, la voix n'était que légèrement altérée, je fis reprendre le traitement spécifique et m'abstins de tout traitement local. Comme dans presque toutes les observations de ce genre, l'amélioration était très-rapide et s'effectua pour ainsi dire à vue d'œil. La malade, qui était extrêmement alarmée, vint me voir souvent, et je pus suivre pas à pas, la résolution de l'œdème, la disparition de tout gonflement et la réparation des pertes de substances. Le dix-huitième jour du traitement, la guérison était complète. Peu de temps après avaient disparu les gonflements glandulaires qui avaient résisté au premier traitement, et qui étaient restés à peu près stationnaires jusqu'à l'apparition des troubles respiratoires.

Je suis très au regret de ne pouvoir communiquer ici une observation probante au premier chef sur l'efficacité du traitement lorsqu'il est énergique et prolongé, observation dont M. Duplay, chirurgien de Saint-Louis, a bien voulu m'entretenir, mais dont un malencontreux hasard nous prive en ce moment. L'histoire du malade en question, qui a été égarée, sera reconstituée et publiée ultérieurement par M. Duplay. Il s'agit d'un individu ayant subi la trachéotomie, chez lequel le larynx, s'est complètement oblitéré et qui cependant, sous l'influence d'un dernier traitement spécifique, a finalement récupéré la perméabilité des voies respiratoires au point qu'il fut possible d'enlever définitivement la canule qu'il portait depuis un temps fort long. Or ce malade avait subi plusieurs fois sans aucun résultat un traitement spécifique qui n'a donné tout ce qu'on devait en attendre que lorsqu'il a été prolongé assez longtemps.

OBSERVATION V. — En 1865, une dame de 42 ans se présente chez moi de la part d'un de nos maîtres de regrettable mémoire qui me manda par lettre d'exécuter le plus promptement possible.

tement possible la trachéotomie sur la personne qu'il m'adressa. Celle-ci était en effet atteinte d'un cornage extrêmement bruyant et de troubles respiratoires qui, tout en étant très-accusés, ne paraissaient pas en rapport avec le bruit respiratoire intense qui se faisait entendre à une grande distance. La lettre de mon éminent confrère ne faisait nulle mention des antécédents de la malade qui m'avait été adressée d'ailleurs sans avoir subi aucun examen. Elle m'apprit que les difficultés respiratoires remontaient à plusieurs semaines et qu'elles s'étaient particulièrement accentuées dans les derniers jours; que la nuit, son oppression était arrivée au comble du paroxysme; qu'elle était prête à subir la trachéotomie dont l'absolue nécessité lui avait été suffisamment expliquée avant de se présenter chez moi.

L'examen laryngoscopique montre un gonflement inflammatoire œdémateux de l'épiglotte et des replis thyro-aryténoïdiens supérieurs; mais la principale lésion était sous-glottique. A travers la fente de la glotte entr'ouverte, je constatai l'existence d'une tuméfaction assez exactement délimitée, mais il m'était impossible, étant donné le haut degré d'asphyxie et l'étroitesse relative de la glotte, de reconnaître exactement tous les caractères physiques de la lésion. En tout état de cause je questionnai la malade au sujet de la syphilis (avec toutes les précautions d'usage), et sans obtenir des aveux formels, j'en appris cependant bien plus qu'il ne m'en a fallu pour être éclairé.

Il était impossible, il est vrai, de fixer l'époque de l'infection, mais des accidents multiples s'étaient présentés depuis deux ans, notamment la chute des cheveux avec croûte dans le cuir chevelu, des éruptions cutanées et des soi-disant aphthes dans la gorge qui ne pouvaient être autres que des plaques muqueuses, disparues depuis. Au moment où je vis la malade, il n'y avait plus aucune lésion en dehors du larynx. Le début des lésions remontait, nous l'avons déjà dit, et c'est là un point fort important, à plusieurs semaines seulement. Je déclarai à la malade qu'il me paraissait utile de différer l'opération, et je prescrivis un traitement mixte très-énergique, espérant pouvoir conjurer le mal sans interven-

tion chirurgicale. Il y eut alors de la part de la malade une résistance qui est bien rare en pareil cas, les rôles étant ordinairement inverses. Elle consentit cependant, non sans peine, à surseoir à l'opération, surtout après la consultation que je provoquai avec mon maître qui, sur l'exposé des faits, se rallia à ma manière de voir. Nous convînmes d'un traitement spécifique très-énergique et je dus en outre porter deux ou trois fois par semaine un crayon de nitrate d'argent sur les parties malades. Je pus ainsi suivre toute l'évolution de cette affection locale très-attentivement, et en observer les phases successives.

L'effet du traitement se faisait sentir avec une promptitude remarquable. C'est la tumeur trachéale qui diminua la première, et si rapidement, que je pus, à peu de jours d'intervalle, en apprécier la disparition successive. Je dirai à cette occasion que cette observation qui date déjà de treize ans, a le plus contribué à me faire connaître l'inutilité du traitement local en pareil cas; en effet, le haut degré d'asphyxie m'avait rendu circonspect, et dans la crainte de provoquer un spasme de la glotte, je m'étais abstenu de porter mon instrument à travers la glotte sur la lésion trachéale, quoique la chose eût été matériellement possible. Or, le vingtième jour du traitement cette tumeur avait complètement disparu alors que l'épiglotte, sur laquelle mes cautérisations avaient porté, était encore rouge, quoique à un degré moindre qu'au début, et elle ne se trouvait pas encore complètement désenflée. Cette différence d'évolution ne pouvait tenir qu'à la différence des tissus et à la différence des lésions, attendu que les replis thyro-aryténoïdiens se comportaient comme l'épiglotte, sans que je les eusse cautérisés. Il y avait donc trois sièges de lésions dont l'un seulement était soumis à un traitement local, c'était l'épiglotte qui se comportait comme les replis thyro-aryténoïdiens, ces derniers n'ayant cependant nullement été cautérisés, ainsi que la trachée, et celle-ci ayant guéri la première. Le traitement local avait donc été inutile; il n'avait ni retardé ni avancé la guérison. Cette circonstance me paraît mériter une mention, parce qu'il n'en est pas de même de certaines lésions

secondaires, telles que les plaques muqueuses, par exemple, qui se guérissent bien plus promptement lorsque, au traitement spécifique général, on adjoint les attouchements locaux avec diverses substances caustiques.

Chez cette malade, le cornage avait cessé avant la disparition complète des lésions, et dès le quatorzième jour, la respiration était redevenue normale. Nous insistions cependant sur la nécessité de continuer le traitement spécifique pendant très-longtemps, et nos prescriptions furent rigoureusement suivies. Je fus tenu au courant de l'état de cette malade pendant plusieurs années, alors même qu'on avait cessé tout traitement, et j'ai appris qu'à aucun moment il ne s'était produit de troubles quelconques. (A suivre.)

DE L'INFLUENCE DU TABAC SUR LE DÉVELOPPEMENT DES MALADIES DE L'OREILLE ET LA SURDITÉ,

par le Dr Ladreit de Lacharrière.

L'usage du tabac est universellement répandu, il n'est pas de maison où, pour ainsi dire, il n'ait sa place; en France, le chiffre de la consommation est colossal, et notre pays n'est pas celui où elle est encore la plus grande. L'ouvrier en fait sa distraction aux heures de repos; le soldat et le marin lui demandent, sinon l'oubli du foyer lointain, au moins la patience et la résignation; le désœuvré en fait son occupation; l'homme d'affaires et le savant cherchent dans son usage l'apaisement d'une certaine excitation nerveuse; quelques-uns le croient nécessaire à la bonne harmonie de toutes les fonctions: autant de compromis pour s'absoudre soi-même. Je ne viens pas cependant ici faire campagne contre un usage dont je ne sais pas toujours me défendre, mais je tiens à mieux déterminer ses effets fâcheux, afin que ceux qui en ressentiront les inconvénients puissent être avertis, dès le début, qu'ils doivent renoncer à un plaisir qui les menace d'une infirmité.

Le tabac doit être classé à côté de l'alcool. Comme lui, et

pour beaucoup de gens, à dose très-moderée il est innocent ; il peut être même quelquefois utile, et le médecin peut et doit parfois le prescrire ou le conseiller ; mais pour quelques-uns, même à faible dose, il provoque des troubles fonctionnels qu'il m'a été donné bien souvent de constater dans la pratique des maladies de l'oreille. Je reconnais souvent que certaines surdités n'ont pas d'autres causes, et c'est sur ce point que je veux appeler l'attention.

Peu d'ouvrages d'otologie font mention des effets fâcheux du tabac, et les auteurs qui les ont indiqués ne l'ont pas fait d'une manière assez explicite. Triquet (1) seul consacre une leçon à l'otite des fumeurs et des buveurs, mais il étudie l'influence du tabac au point de vue presque exclusif de son action sur le système nerveux. Je veux en montrer les effets sur la muqueuse pharyngo-nasale et auriculaire ;

Sur les organes de la caisse du tympan ;

Sur les muscles du pharynx et du voile du palais ;

Sur les nerfs de cette région, et ceux de l'organe de l'audition.

C'est surtout du tabac à fumer que j'ai eu l'occasion d'observer les fâcheux effets. Le tabac à priser doit avoir les mêmes inconvénients, mais, quoique la consommation en soit grande, son usage n'est pas cependant aussi universellement répandu. Il est possible aussi que l'irritation de la pituitaire n'ait pas la même tendance à se propager au voisinage ; elle provoque une sécrétion abondante que le priseur recherche, qui entraîne la poudre du tabac, et qui fait cesser assez vite la fluxion passagère qu'elle a produite. Il n'en est pas de même de l'action de la fumée qui se répand sur toute la surface de la muqueuse naso-pharyngienne, et qui doit pénétrer avec l'air de cette région dans les trompes et les caisses des tympanes. Cette fumée est une cause d'irritation qui se renouvelle d'une manière continue pendant tout le temps que l'on fume et qui varie d'une demi-heure à une heure. Loin de provoquer une sécrétion abondante, elle dessèche la muqueuse avec laquelle elle est en contact : les véritables fumeurs, en

(1) Triquet, *Leçons cliniques sur les maladies de l'oreille*, p. 105

effet, ne crachent pas ou crachent peu, et chez ces derniers, c'est la sécrétion buccale seule qui est excitée. Les fumeurs de cigarettes, qui ont l'habitude de rejeter la fumée par le nez, la mettent ainsi au contact direct des trompes d'Eustache, et, tant que celles-ci conservent leur perméabilité, ils la poussent dans les caisses tympaniques.

La fumée du tabac contient une grande quantité de matières solides, il suffit de la tamiser à travers un mouchoir de toile pour les recueillir sous forme d'une couche brune; ces corpuscules s'attachent en partie aux parois humides avec lesquelles ils sont en contact; nous n'en voulons pour preuve que l'odeur et le goût du tabac que le fumeur conserve. Ne sont-ce pas là des causes d'irritation permanentes et d'intoxication à la manière des poussières, telles que celles des préparations de plomb, d'arsenic, etc? Mais ce sont là des appréciations, et j'ai hâte d'énoncer des faits précis.

L'angine des fumeurs est caractérisée par le gonflement, la rougeur, la sécheresse et l'insensibilité de la muqueuse du voile du palais et du pharynx.

Le gonflement est uniformément répandu, il est particulièrement appréciable sur la luette qui présente un volume beaucoup plus grand et qui est quelquefois légèrement déviée soit à droite, soit à gauche.

La muqueuse n'est pas rouge comme dans les phlegmasies aiguës, mais présente une couleur plus sombre; c'est une rougeur congestive plutôt qu'inflammatoire.

La sécheresse de la gorge paraît évidente, l'épithélium qui tapisse la muqueuse est lisse et brillant.

Les malades n'accusent aucune douleur, aucune sensibilité, et déclarent invariablement qu'ils n'ont pas mal à la gorge; il est cependant évident que l'état que nous venons de décrire dure depuis longtemps. Ils ne viennent réclamer des soins que lorsque les phénomènes subjectifs se produisent. Ce sont le bourdonnement et la surdité. Le bourdonnement est caractérisé par le bruit de conque, qui est le résultat constant des modifications que subissent les trompes d'Eustache, et qui est d'autant plus intense que l'oblitération des conduits est plus ou moins com-

plète. La sensibilité auditive ne tarde pas à diminuer et à déterminer le malade à se faire soigner.

Si l'état maladif ne dure pas depuis très-longtemps, on constate que les membranes du tympan ont conservé leur transparence, mais présentent une teinte légèrement rouge qui indique de la congestion. Les osselets, à ce moment, forment parfois une saillie un peu exagérée. Le cathétérisme permet de constater que les trompes sont oblitérées ou qu'on n'y peut faire pénétrer de l'air qu'après des efforts prolongés, quand la chose est possible.

Le 23 juillet dernier j'ai eu l'occasion d'observer un malade dont j'ai déjà écrit, pour ainsi dire, l'observation en décrivant l'angine des fumeurs avec surdité.

M. X..., âgé environ de 45 ans, qui habite Auteuil, ressent depuis six mois à peu près des bourdonnements d'oreille très-nettement caractérisés par le bruit de conque ; il s'aperçoit que depuis quelque temps il n'entend plus bien, et fait très-souvent répéter. Il ne se plaint d'aucun autre malaise et n'hésite pas à affirmer que sa santé est excellente ; il n'a eu ni angine ni coryza, il n'y a aucun antécédent de surdité dans la famille, et il ne sait à quoi attribuer la gêne qu'il éprouve. Il fume la cigarette à peu près toute la journée.

Je constate que la gorge est rouge et tuméfiée, ce dont le malade ne se doute pas.

L'engorgement des trompes d'Eustache est assez complet pour que je ne puisse pas faire pénétrer de l'air dans les caisses des tympans. Ces cavités me paraissent un peu congestionnées, mais les tympans ont leur transparence ordinaire.

M. X... n'entend l'échappement de ma montre que jusqu'à la distance de 20 centimètres de l'oreille.

Le diagnostic n'était pas douteux et mes prévisions ont été justifiées ; le traitement a consisté donc l'emploi d'un mélange de sucre et de calomel aspiré par le nez quatre ou cinq fois par jour ; dans l'application d'une pommade iodurée ; enfin dans l'usage d'un gargarisme astringent au borax.

Après un mois de ce traitement M. X... revient me voir, se croyant à peu près guéri ; la gorge est moins rouge, sans

avoir recouvré son état normal; les bourdonnements reviennent de temps en temps seulement. Les trompes sont libres, et je puis insuffler les caisses des tympans. L'audition est infiniment meilleure; M. X... entend l'échappement de ma montre à 50 centimètres des deux côtés. L'usage de la cigarette avait occasionné chez notre malade une irritation chronique des muqueuses et une surdité déjà très-marquée; la suppression du tabac et un traitement de quelques semaines ont fait cesser l'état morbide qu'on ne saurait attribuer à une autre cause. Dans ce cas la surdité a eu pour cause mécanique l'oblitération des trompes d'Eustache comme l'aurait pu faire toute autre phlegmasie de la muqueuse naso-pharyngienne. J'ai tenu à démontrer d'abord ce qui n'est contesté par personne, que le tabac peut provoquer de semblables accidents.

Lorsque les troubles occasionnés par le tabac durent depuis longtemps, on observe des déformations de l'oreille moyenne qui en sont les conséquences. Les membranes des tympans s'épaississent et perdent leur transparence. Elles sont déprimées sur le fond de la caisse, et cette déformation exagère la saillie externe du manche du marteau. La chaîne des osselets est le siège d'un engorgement d'abord vasculaire et qui peu à peu devient fibreux; la mobilité des osselets diminue et l'ouïe devient de plus en plus obtuse. Pour que ces modifications se produisent, il n'est pas indispensable que les trompes d'Eustache cessent tout à fait d'être perméables; dans ce cas ce n'est plus d'un bruit de conque que les malades se plaignent, ils comparent leurs bourdonnements au bruit d'une cascade, ou à celui que produit l'échappement de la vapeur.

M. X..., employé de mairie, vint me consulter au mois de février 1875, pour une surdité qui était devenue assez sérieuse pour compromettre sa situation. Il était âgé de 41 ans, et l'affection des oreilles remontait à quelques années, mais elle avait fait des progrès sensibles surtout depuis 1870. Aucun traitement n'avait été suivi parce que M. X..., ayant éprouvé des améliorations passagères survenant après la sensation d'un éclat dans l'oreille, avait cru à la possibilité d'une guérison spontanée. Ne se doutant pas que le tabac

pouvait lui être contraire, il fumait la pipe et fumait beaucoup. Lorsque j'eus l'occasion de le voir, il n'entendait l'échappement de ma montre qu'à 2 centimètres du côté gauche, et à 10 du côté droit.

Les tympans étaient déprimés, épaissis, et les triangles lumineux avaient disparu; les osselets faisaient une saillie exagérée, la gorge était rouge, la muqueuse naso-pharyngienne était épaissie, la voix était altérée; les trompes n'étaient pas perméables.

Je parvins à convaincre M. X... qu'il devait absolument cesser de fumer et il y consentit.

Je prescrivis l'eau de la Bourboule, des gargarismes astringents, et des irrigations nasales alcalines.

Le 22 février les trompes n'étaient pas encore perméables, et la situation n'avait pas beaucoup changé. Je recommandai de continuer le traitement et de faire des frictions sur les apophyses mastoïdes avec une pommade iodurée.

Le 1^{er} mars une amélioration sensible s'était produite, M. X... entendait l'échappement de ma montre à 22 centimètres à droite, et à 12 centimètres du côté gauche. Je pus faire pénétrer un peu d'air dans les caisses des tympans.

Le 8, la perméabilité de ces conduits était en grande partie rétablie, et mon malade entendait ma montre à 44 et 50 centimètres. Les bruissements que le malade ressentait avaient cessé. Le cathétérisme continua à l'améliorer et à assurer le rétablissement du sens de l'ouïe.

Les modifications de l'oreille qui sont la conséquence de l'irritation de la muqueuse produite par le tabac ne proviennent pas toujours de l'occlusion des trompes par le gonflement de leurs parois, elles peuvent également avoir pour cause des altérations des muscles ou du système nerveux. On sait, en effet, que les muscles qui s'insèrent sur les parties cartilagineuses de la trompe mettent ses parois en mouvement et ouvrent la fente tubaire habituellement fermée. Diefenbach a signalé le premier ce fait que toutes les fois que le voile du palais est bifide, l'ouïe est dure, les muscles n'ayant pas de point d'appui pour agir sur la trompe. Ce canal ainsi que toute l'oreille moyenne devient malade (1).

(1) D. Troeltsch, *Traité des maladies de l'oreille*, p. 305.

Il affirme que l'ouïe s'est toujours rétablie toutes les fois que l'autoplastie du voile du palais a pu être pratiquée avec succès.

Comment admettre que des muscles qui sont en connexion si intime avec la muqueuse puissent rester intacts quand celle-ci est malade depuis un certain nombre d'années ? Nous ne pouvons pas démontrer anatomiquement ces lésions ou ces modifications, mais nous ne nous croyons pas moins en droit d'émettre cette opinion, parce qu'il nous serait impossible de penser qu'il puisse en être autrement.

L'influence du tabac peut s'exercer également sur le système nerveux. C'est cette forme seulement que Triquet a décrite dans ses leçons (1). Il lui considère trois périodes : la première est une période d'excitation, d'éréthisme ; les malades sont incommodés par le bruit qu'ils ressentent dans les oreilles, et ces bruits prennent un timbre musical.

La seconde période est caractérisée par la dépression sensorielle. La surdité s'affirme, mais les bruits persistent avec la même intensité.

La troisième période serait caractérisée par la paralysie des nerfs acoustiques ; les bourdonnements s'apaiseraient et le silence de l'isolement se produirait peu à peu autour du malade.

Cette surdité absolue et toujours irrémédiable caractérise une affection profonde du labyrinthe. Elle peut être provoquée par l'usage du tabac, je ne saurais le contester, mais elle peut survenir dans des conditions toutes différentes, à la suite de l'alcoolisme, ou sous l'influence d'une maladie diathésique. Nous n'avons pas ici la preuve évidente de l'action du tabac comme dans les formes que je me suis appliqué à décrire. Je renverrai donc à l'ouvrage de Triquet sans m'y arrêter plus longtemps.

Il me reste à démontrer que l'irritation pharyngo-nasale provoquée par le tabac diffère essentiellement des autres inflammations de cette région. Peut-on la considérer comme

(1) *Loco cit.*, p. 103.

une des causes de l'angine catarrhale diffuse, comme le fait mon savant maître M. le professeur Lasègue (1)? Je ne le pense pas.

L'irritation causée par le tabac est caractérisée par l'aspect rouge sombre de la muqueuse, par son gonflement ou sa turgescence, et par l'absence de phénomènes douloureux. J'insiste sur ce dernier caractère, qui me porterait à considérer cette irritation plutôt comme un état simplement congestif qu'un état véritablement inflammatoire. Les malades n'éprouvent en effet ni la douleur pharyngée, ni la sécrétion nasale plus abondante, ni la sensation de sécheresse de la gorge, ils déclarent tous qu'il n'ont pas mal à la gorge et lorsqu'on leur fait constater la rougeur de la muqueuse ils déclarent qu'il n'en avaient pas conscience. Je suis porté à croire que c'est à l'action narcotique du tabac qu'ils doivent cette insensibilité pharyngienne.

L'absence de granulation et de toute éruption me fait distinguer l'angine qui nous occupe de l'angine scrofuleuse et de l'angine herpétique. Je reconnais cependant que cette dernière forme pourrait faire hésiter et que les habitudes du malade et les commémoratifs seront nécessaires pour faire la distinction.

Presque tous les malades que j'ai observés faisaient remonter à une époque plus ou moins lointaine le début des accidents dont ils se plaignaient, il semblerait donc que l'irritation congestive du tabac soit très-lente à se produire, et qu'il faille une continuité d'action plutôt qu'un véritable abus du tabac pour amener les troubles auriculaires. Je crois que la rapidité avec laquelle les accidents se produisent tient surtout à des dispositions individuelles qu'il est difficile de bien déterminer.

Un de mes confrères et amis vint l'année dernière me faire la confidence d'un bourdonnement d'oreille, et me prier de l'en débarrasser ; je constatai la rougeur caractéristique de la gorge et déclarai que le tabac en était cause. Il en faisait cependant un usage aussi modéré que possible,

(1) Lasègue, *Traité des angines*.

et ne fumait jamais qu'un ou deux cigares au plus par jour. Il reconnut la justesse de mon appréciation, cessa de fumer et put recouvrer bien vite la finesse de l'audition.

L'irritation de la muqueuse pharyngée due à l'action du tabac est une affection bénigne, qui guérit toujours assez rapidement; il en est de même de la surdité qui en est la conséquence, lorsqu'elle est traitée avant le développement des altérations des caisses des tympans, et des troubles nerveux; mais si, comme je l'ai montré, elle a occasionné des déformations des chaînes des osselets avec engorgement fibreux des petites articulations, ou la sclérose de la membrane du tympan, dans ces deux cas le malade conserve toujours un certain degré de surdité et des bruits d'oreille pénibles par leur persistance. Enfin, comme l'a indiqué Triquet, elle peut entraîner la perte complète du sens de l'ouïe.

Comme le fait remarquer très-justement M. le professeur Lasèque (1), de toutes les prescriptions hygiéniques, la plus urgente à imposer aux malades, c'est de renoncer à fumer. Tous reconnaissent que le tabac leur est nuisible, quand ils consentent à être sincères, mais beaucoup aussi déclarent qu'ils en éprouvent un amendement passager. Excuse ou non, il n'en faut pas davantage pour qu'ils persistent dans une habitude toujours malaisée à rompre.

C'est sans doute à cause de cette difficulté que les malades conservent si longtemps une affection qu'il leur serait aisé, dès le début, de faire disparaître.

Lorsque l'état maladif de la gorge a duré longtemps, il est nécessaire de faire appel à des médicaments qui modifient énergiquement l'état de la muqueuse. Comme on l'a vu, j'ai obtenu d'excellents effets de l'eau de la Bourboule, à la dose d'un demi-verre à un verre et demi par jour.

L'iodure de potassium m'a paru plusieurs fois indiqué pour ramener une sécrétion de la gorge tarie depuis longtemps. Cette indication sera aussi très-bien remplie par l'usage des fumigations. L'état de congestion de la muqueuse

(1) *Traité des angines*, p. 317.

sera modifié par l'emploi de gargarismes astringents. Pour rétablir la perméabilité des trompes, je fais faire des frictions sur les apophyses mastoïdes avec une pommade iodurée, et le malade prise plusieurs fois par jour un mélange de sucre et de calomel. Le cathétérisme permet d'apprécier le rétablissement des voies naturelles. Aussitôt que les trompes commencent à laisser passer l'air, des insufflations, faites à l'aide de la sonde d'argent, permettent la dilatation des conduits, et favorisent le développement du sens de l'ouïe, en rendant à l'oreille moyenne sa souplesse perdue.

Dans le groupe des angines chroniques diffuses, j'ai voulu distinguer et mieux indiquer les caractères de l'irritation causée par le tabac et montrer les altérations qui ne tardent pas à se produire sur l'oreille et occasionner la surdité. Bien déterminer les causes, n'est-ce pas à moitié guérir la maladie ?

OBLITÉRATION CICATRICIELLE DE L'ORIFICE POSTÉRIEUR DE LA NARINE GAUCHE,

par le Dr **Paul Koch** (de Luxembourg).

Comme les observations d'oblitération secondaire des narines sont peu nombreuses, le jeune malade que nous avons sous les yeux présente peut-être quelque intérêt sous ce rapport : c'est un garçon dont l'extérieur enfantin et lymphatique ne trahit nullement l'âge de 18 ans. Sa mère est une femme malade qui a eu trois enfants, dont deux sont franchement scrofuleux. Le jeune homme croit que sa maladie date de sa quatorzième année, et prétend ne pas avoir été malade auparavant. Son affection a débuté par un mal de gorge ; il se rappelle qu'il a eu de la douleur et de la difficulté de la déglutition ; il a fait usage de l'huile de foie de morue à l'intérieur et en frictions à l'extérieur du cou ; il était continuellement affecté d'ozène et d'une obstruction nasale plus prononcée à gauche qu'à droite. La maladie avait suivi son cours naturel, jusqu'à ce jour, avec de l'amé-

lioration pendant l'été et de l'exacerbation pendant l'hiver.

On ne remarque aucune déformation dans le visage, les ganglions du cou ne sont pas enflés, il n'existe pas de sensibilité anormale dans la région nasale; la production des sons laryngiens est normale, seulement le timbre des sons nasaux est modifié de la même façon que chez les personnes affectées de polypes muqueux de la membrane de Schneider. Cette modification des sons s'explique facilement quand on procède à l'examen des narines et du pharynx: les deux piliers palato-pharyngiens sont détruits dans leurs moitiés inférieures, leurs moitiés supérieures sont adhérentes à la paroi postérieure du pharynx; la luette est complètement détruite jusqu'à sa base au niveau du voile du palais. Comme à cette base le voile du palais n'adhère pas à la paroi pharyngienne, il existe une petite ouverture en cet endroit, seul point de communication entre l'espace naso-pharyngien et la partie inférieure du pharynx. Le méat inférieur droit donne libre passage au cathéter, tandis qu'à gauche, à une distance de cinq centimètres de l'ouverture pyriforme, la sonde trouve un obstacle insurmontable. Le spéculum ne permet pas de constater de coloration anormale au fond de ce cul-de-sac; la rhinoscopie ne pouvant être pratiquée à cause des adhérences, la cloison est inabordable en arrière. L'ouïe est intacte. Pendant la respiration ordinaire l'air ne passe pas par la narine gauche; mais si l'on force le malade à respirer, la bouche et la narine droite étant fermées, l'air passe avec bruit par la narine gauche; après quelques tâtonnements, en effet, on parvient à se frayer un passage à travers cette dernière à l'aide du stylet filiforme boutonné de la trousse ordinaire.

Si, en général, ces oblitérations peuvent provenir de plaies accidentelles, de brûlures, d'ulcérations vénériennes, de lupus, il n'est pas douteux que chez notre malade nous avons affaire à une cloison qui doit son origine à la cicatrisation d'ulcères scrofuleux. Même en négligeant l'énumération des commémoratifs, on n'a qu'à jeter un coup d'œil dans le pharynx pour être sûr du diagnostic. Nous y trouvons les caractères de l'angine scrofuleuse si bien tracée par M. Isam-

bert, angine qui, à peine mentionnée dans les traités de pathologie, est loin d'occuper la place qui convient à son importance. Son début de la paroi postérieure du pharynx; l'intégrité des amygdales, l'envahissement des piliers postérieurs, de la luette et du voile du palais, sa propagation vers la partie postérieure des fosses nasales, l'état normal de l'épiglotte et du larynx qui n'ont été atteints qu'à une période plus avancée de la maladie, la greffe des piliers postérieurs sur la paroi pharyngienne, les cicatrices blanchâtres, luisantes, étoilées, non saillantes : ce sont là des symptômes tout aussi éclatants que suffisants pour admettre une pharyngo-laryngite scrofuleuse dont nous voyons si souvent les grands ravages.

PLAIE DU COU INTÉRESSANT LA MEMBRANE CRICO-THYROIDIENNE.

Service de M. le Dr **Tillaux** (hôpital Beaujon).

(Observation recueillie par M. **Walter**, externe des hôpitaux.)

Le nommé V... (Pierre), âgé de 32 ans, entre à l'hôpital Beaujon, le 19 février 1878.

Dans un accès de manie aiguë, se figurant être poursuivi, il essaye de se couper la gorge avec un rasoir; aussitôt après il tâche d'avaler de l'acide chlorhydrique, mais il le rejette immédiatement. Il peut sortir dans la rue, mais tombe sans connaissance devant sa porte, où des voisins le relèvent.

A son entrée à l'hôpital, on trouve une plaie transversale de 7 centimètres, à bords un peu déchiquetés, siégeant au niveau de la membrane crico-thyroidienne. La plaie va en se rétrécissant et n'a intéressé cette membrane que dans l'étendue de 6 à 7 millimètres. Lorsque le malade respire, on perçoit un faible bruit de sifflement; on constate encore un peu d'œdème du cou; les lèvres, brûlées par l'acide, sont tuméfiées et douloureuses. Le malade répond difficilement aux questions. L'hémorrhagie n'a pas été très-abondante; elle est complètement arrêtée au moment de l'entrée.

Traitement : flexion légère de la tête sur le cou, de manière à affronter les bords de la plaie ; application d'une cravate de tarlatane.

20 février. — Grande amélioration. Le malade parle beaucoup plus distinctement ; l'œdème de la partie inférieure de la face a disparu.

Les jours suivants, le mieux s'accroît.

1^{er} mars. — La partie profonde de la plaie est cicatrisée ; on ne constate plus de sifflement.

6 mars. — La plaie marche assez rapidement vers la cicatrisation.

16 mars. — Le malade sort guéri.

Deux mois plus tard, il rentre à Beaujon, dans un service de médecine, et y meurt.

REVUE DE L'EXPOSITION UNIVERSELLE,

par le D^r Kuhff.

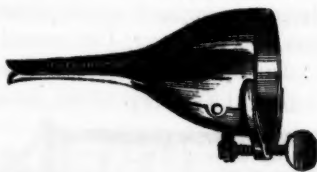
Les progrès réalisés dans ces dernières années dans la séméiologie et dans la thérapeutique des maladies de l'oreille et du larynx ne se sont pas faits sans entraîner la création d'un assez grand nombre d'instruments ou d'appareils nouveaux, répondant à des besoins plus ou moins déterminés. Notre visite aux galeries de la classe XIV nous a convaincu que beaucoup de ces instruments n'y sont pas représentés, car, sauf deux maisons anglaises et une maison autrichienne, les fabricants étrangers ne se sont pas mis sur les rangs. Nous n'avons pas la prétention de décrire dans le détail les instruments exposés ; mais nous voulons les présenter au lecteur classés de manière à lui faciliter l'étude des modifications les plus récentes introduites dans l'arsenal de la thérapeutique.

Instruments pour les oreilles.

A côté des appareils déjà connus, servant à l'éclairage du conduit auditif, nous trouvons la lampe de Collin, portable, éclairant à 20 centimètres de profondeur. Elle se compose

d'un petit réservoir à éponge, dans lequel s'engage une mèche de coton, qui remonte dans le système éclairant. Celui-ci est représenté par un miroir concave qui réfléchit les rayons vers une lentille au sortir de laquelle ils sont projetés en faisceau parallèle suivant l'axe commun au miroir et à la lentille.

Dans la section anglaise, M. Meyer expose un spéculum en bec de canard se maintenant lui-même en place ; l'écartement des valves de cet instrument est réglé par une vis. Ce spéculum est commode pour les opérations. Le même a construit un miroir réflecteur à court foyer (4 pouces de distance focale), pouvant servir pour le larynx aussi bien que pour l'oreille.



Les acoumètres ne sont représentés que par le diapason à archet de Duplay (Collin) et par le diapason à marteau (Aubry).

Les bougies en gomme très-fines de *Vergne* nous paraissent très-bonnes pour le cathétérisme complet de la trompe d'Eustache.

Myringodectomie. — L'introduction de cette opération dans la pratique a provoqué l'invention de l'emporte-pièce du Dr Miot, pour l'excision d'une rondelle du tympan, et l'emporte-pièce du même, coupant par portion, que nous trouvons chez M. Aubry ; l'emporte-pièce du Dr Bonnafont, à rotation, avec crémaillère, et son trocart perce-tympan, avec canule à ailettes ou porte-cœillet se trouvent dans plusieurs vitrines.

Chez M. Collin nous voyons un instrument du Dr Duplay, pour la résection du manche du marteau. Cet instrument se compose d'une tige creuse dans l'axe de laquelle se meut

une tige pleine obéissant aux mouvements d'une pédale fixée sur un manche qui supporte la tige à angle droit. L'extrémité de la tige creuse et celle de la tige pleine supportent chacune une saillie triangulaire surmontée d'un crochet, et offrant un bord tranchant qui regarde le bord semblable de la saillie opposée. Une légère pression exercée sur la pédale, lorsque le manche du marteau est engagé entre les deux saillies et retenu par les crochets de ces dernières, suffit à amener la résection de cette apophyse.

M. Mathieu expose les ciseaux du D^r Duplay pour la résection du manche du marteau.

A l'inverse des procédés usités pour combattre l'effet des adhérences des osselets par l'insufflation de la caisse, on a imaginé en Angleterre un appareil appelé *pneumatic tractar*, que nous trouvons chez M. Mayer. Cet appareil se compose de trois pièces : d'une petite cloche métallique avec robinet



à arrêt, d'une seringue aspiratrice destinée à y faire le vide, enfin d'une pièce qui s'introduit dans le conduit auditif. On fait le vide dans la cloche et on ajuste le robinet de celle-ci sur l'ouverture de la pièce adaptée au conduit; il ne reste plus qu'à ouvrir le robinet pour déterminer une aspiration de la membrane du tympan. Le même fabricant nous a mon-

tré un électrode pour la membrane du tympan, formé d'une pièce en caoutchouc vulcanisé supportant un conducteur spiral qui se meut au moyen d'une vis de rappel et supporte une petite éponge. On peut amener celle-ci au contact de la membrane sans crainte de comprimer cette dernière, étant donnée la grande flexibilité de la spirale.

Dans plusieurs vitrines se voient différents modèles de pinces pour l'extraction des corps étrangers du conduit, serre-nœud et pinces à polypes.

Après avoir signalé l'appareil pour les injections de gaz dans la trompe d'Eustache, construit par M. Mathieu sur les indications du Dr Ladreit de Lacharrière, nous arrivons à la classe des instruments acoustiques. M. Gateau a réuni une collection complète de cornets acoustiques, et de petits appareils destinés à être introduits dans le conduit auditif, dont ils reproduisent la forme. Parmi ces conduits artificiels, les uns sont simples, tandis que les autres sont munis d'un petit appareil électrique. La même vitrine renferme des conques artificielles, simples ou à reverbères, qui s'ajustent dans la cavité de la conque.

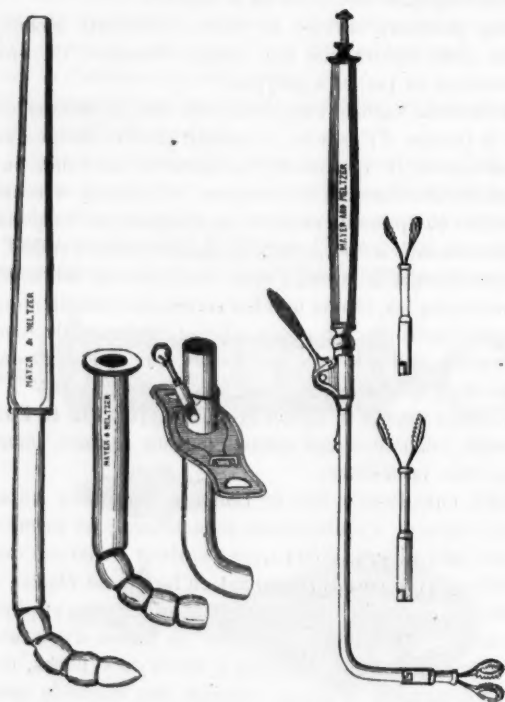
M. Collin expose le cornet bi-auriculaire du Dr C. Paul, et le cornet à deux conques réunies par un ressort, pour être porté sous la coiffure.

Enfin, chez Rein et fils, de Londres, se trouve un assortiment complet d'instruments acoustiques, de forme et de volume très-divers. Nous avons surtout remarqué un tube métallique avec cornet résonnant en forme de cloche, et un appareil avec conducteur du son disposé pour une ou plusieurs personnes. Cet appareil se place au milieu d'une table, et affecte la forme d'une corbeille à fruits ou à fleurs, de manière à dissimuler le mieux possible son véritable usage. Il permettrait ainsi de suivre une conversation générale.

Instruments pour le larynx et la trachée.

La trachéotomie étant une de ces opérations dont les divers temps veulent être très-rapidement exécutés, il faut savoir gré de leurs efforts à ceux qui cherchent à améliorer l'outillage indispensable au praticien.

Aussi signalerons-nous le dilateur articulé à embout conique de M. Mayer, formant une espèce de mandrin sur lequel on introduit la canule. Le même fabricant a exposé une série de canules disposées de manière à pouvoir régler la longueur de la canule mobile sur le calibre de la trachée.



Il existe aussi plusieurs modèles de pinces à fausses membranes chez MM. Mathieu, Collin, Aubry. Ce dernier a fabriqué un bistouri avec curseur pour limiter la longueur de la lame. M. Mathieu expose la canule à trachéotomie à trois clapets du Dr Krishaber.

Les constructeurs se sont ingénies à créer de nombreux

instruments pour les opérations qui se pratiquent dans l'intérieur du larynx. M. Collin a inventé une série de pinces parmi lesquelles nous remarquons une pince à demi-sphère tranchante, à mouvement circulaire, une pince à griffes de préhension s'introduisant fermée et dont les griffes se déploient par un mouvement de bascule à la moindre pression exercée sur la tige de support. Le porte-caustique tournant, à action directe ou latérale, le kystotome caché d'Isambert, le polypotome écraseur, et le polypotome fermant de bas en haut d'Isambert complètent la série. M. Aubry a créé une pince à branche fixe à mors mobiles pour les corps étrangers du larynx. Parmi les nombreux instruments exposés par MM. Mathieu, se voient le dilateur du larynx de Schrötter, une série d'instruments pour pratiquer la galvano-caustique du larynx, et de très-bons appareils pour la pulvérisation des liquides et le humage, ainsi que le grand appareil de Trousseau, dit vaporarium.

Rhinoscopie.

Le miroir rhinoscopique de Mathieu est basé sur un nouveau système de branches parallèles. Le spéculum nasal de Meltzer réunit à une grande facilité d'emploi l'avantage de procurer une forte dilatation des narines ; il se compose de trois valves à écartement parallèle.



Dans la section autrichienne on trouve, chez J. Mang, la collection complète des instruments du Dr Zaufal, pour la rhinoscopie, notamment le spéculum naso-pharyngien de cet auteur. (Voir les n^{os} 6, t. III, et 2, t. IV, de ces *Annales*.)

Peut-être sera-t-il encore bon de signaler au lecteur différents amygdalotomes. Celui de Collin, à lame coupant

obliquement, fonctionne d'une seule main. L'instrument d'Aubry, à lame de bistouri courbe et à deux temps distincts, est muni d'une pince à griffes marchant par une crémaillère pour fixer et tendre l'amygdale. Mathieu nous montre un amygdalotome à deux lames coupant en se croisant, un amygdalotome à trois anneaux, une pince et un bistouri pour la tonsillotomie, du D^r de Saint-Germain.

DEUX OBSERVATIONS DE TRACHÉOTOMIE,

par le D^r **Bayer** (de Bruxelles).

La première de ces observations a son importance pour la question du traitement du cancer laryngé. L'extirpation totale du larynx est-elle à ce point de vue réellement justifiée, et quelles sont ses indications en dehors des cas où elle s'impose ? Ces derniers cas sont pour M. *Bayer* les seuls où elle soit autorisée. Il serait bon de savoir de combien les opérés ont pu survivre à l'opération ; on ne possède aucune donnée à ce sujet, et M. *Bayer* voudrait attirer l'attention là-dessus.

1^{re} OBSERVATION. — Le 15 février 1877, un de mes confrères m'amène une femme de Bruxelles, âgée de 71 ans, traitée depuis longtemps par lui pour une affection laryngée qu'il supposait devoir être constituée par une tumeur. Il s'en trouvait une en effet, implantée par une base large sur la corde vocale inférieure gauche, elle faisait saillie dans le larynx. L'âge de la malade, son amaigrissement, l'aspect de la tumeur que recouvrait toutefois une muqueuse saine en apparence, mais commençant déjà à s'ulcérer en un point, me firent admettre la malignité de cette production, malgré l'absence d'engorgement ganglionnaire. Je reculai devant une opération directe et attendis le moment où la trachéotomie deviendrait nécessaire. Le mal progressa lentement. Le 10 novembre 1877 la malade était prise d'orthopnée. Tout le larynx était ulcéré, et les cartilages aryénoïdes si gonflés qu'il ne restait guère qu'une fente en zigzag.

Je fis la trachéotomie le 13 novembre en donnant un peu de chloroforme au début. L'incision des parties molles fut

faite à petits coups avec le thermo-cautère porté au rouge, sans hémorrhagie, puis, avec le même instrument, j'ouvris la trachée. Le placement de la canule amène un soulagement immédiat. Il n'y a presque pas de réaction. Dix jours après, la déglutition redevient facile et indolente.

Le 21 novembre je constate au laryngoscope que le gonflement des replis aryténo-épiglottiques a rétrocedé et que la douleur a presque disparu, mais la malade est affectée d'un glaucome aigu à l'œil gauche, subit l'iridectomie et ne peut encore sortir. Elle a toujours l'espérance de guérir et peut se passer de sa canule.

2^e OBSERVATION. — Il s'agit d'un cas de carcinome du larynx chez un M. C..., employé à l'office de publicité de Bruxelles, qui me consulte le 2 septembre 1876. Il est âgé de 39 ans. Un spécialiste l'a soigné pour une inflammation des cordes vocales. Quoique encore vigoureux, il a le visage abattu, et la dyspnée dont il souffre va parfois jusqu'à la suffocation; la voix a disparu totalement et se trouve remplacée par un râle fort désagréable à entendre. Les deux vraies cordes vocales sont gonflées, inégales et comme festonnées, couvertes d'excroissances de la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un pois. La glotte respiratoire est presque entièrement obstruée. Ces signes locaux seuls me permettent de diagnostiquer une affection maligne et de proposer, avec les ménagements possibles, la trachéotomie qui fut refusée. Je dus me résigner à extirper avec le couteau et l'écraseur laryngien les tumeurs pédiculées; mais elles repoussaient bien vite. Puis il s'en montra d'autres au-dessous des cordes vocales, ce qui confirma mes soupçons, ainsi que l'examen microscopique. Le malade voulut reprendre ses occupations et se fatigua le larynx à l'office de publicité. Il me revint le 17 janvier 1877 avec récidence pleine et entière de la poussée polypeuse. Le 6 mai, à six heures du matin, je fus supplié de pratiquer l'extirpation des tumeurs. Je ne voulus m'y prêter qu'à la condition que la trachéotomie serait acceptée en dernier ressort. La glotte était entièrement fermée et je tentai en vain d'y introduire une sonde élastique.

Je fis donc la trachéotomie avec l'aide obligeante du Dr *Deroubaix*. L'incision, faite au thermo-cautère, arrive sans hémorrhagie jusqu'à la trachée. Puis j'ouvre ce conduit avec le bistouri, croyant n'avoir plus d'hémorrhagie à redouter. Il s'en fit une cependant par une petite artère, et elle ne céda qu'à l'introduction de la canule et au tamponnement de la plaie. La dyspnée cesse à la suite de violents accès de toux; La nuit est bonne. Le lendemain je remplace la canule; toux et expectoration continues. Le 8 du mois, la toux est incessante; expectoration muqueuse d'odeur fétide; la plaie est blafarde. Le 9 survient la fièvre, le pouls devient petit et fréquent. Le 10 le patient meurt avec des symptômes de septicémie.

Qu'eût fait en ce cas l'extirpation du larynx? La plaie aurait-elle bien guéri? Et quel eût été le répit du malade? L'ancien officier M. H..., dont l'observation précède, avait refusé cette opération. C'était un peintre distingué et un sculpteur de talent; il n'a jamais produit d'œuvres plus remarquables que pendant la durée de son traitement. Il n'était donc pas indifférent de lui prolonger l'existence et de lui assurer au moins pour quelque temps la pleine jouissance de ses facultés psychiques et l'exercice de son art. Mais il préféra lui-même la fin rapide à la mort lente et tout aussi inévitable à court délai.

ANALYSES.

Étude clinique d'un cas de lupus du larynx,

par GEORGE M. LEFFERTS, M. D.

Le nombre restreint d'observations de lupus du larynx tient-il à un manque d'investigation ou bien à ce fait que l'affection ne s'attaque que très-rarement au larynx, c'est là une question très-importante au point de vue du diagnostic et du traitement. Au point où en est la science actuellement nous devons regarder cette affection du larynx comme très-rare. La plupart des auteurs n'en font pas mention; l'auteur

n'a trouvé que quatre observations originales auxquelles il convient d'ajouter celle de M. Béringier (1). Dans tous ces cas, sauf celui de Ziemssen, il y avait coexistence de lupus de la peau.

Voici l'observation de M. George Lefferts :

M^{me} M. J. M..., âgée de 44 ans, vint me consulter en octobre 1877, sur la recommandation du docteur Bulkley, à propos d'une grande difficulté qu'elle avait à avaler. Depuis quelques années elle souffrait d'un lupus qui lui avait rongé toute la face et l'avait complètement défigurée. Elle racontait que la dysphagie augmentait rapidement et quoiqu'elle ne ressentit aucune douleur, elle parvenait à peine à se nourrir ; la déglutition des aliments solides était presque impossible et les liquides passaient parfois dans le larynx, ce qui amenait de violents accès de toux. Elle ne se plaignait absolument que d'une sensation de plénitude et d'obstruction dans la gorge ; la voix était intacte. Elle fait remonter le début de son affection de la gorge à un an, époque à laquelle elle commença à éprouver de temps en temps de la difficulté à avaler. La douleur est vive et lancinante, s'étend vers l'oreille gauche et siège surtout du côté droit du larynx. Cette douleur a disparu il y a environ deux mois.

Depuis longtemps la malade a été soignée par le docteur Duncan Bulkley pour son affection cutanée à propos de laquelle ce médecin a bien voulu me transmettre les renseignements suivants :

C'est le 14 décembre 1876 que M^{me} M... vint me trouver pour la première fois pour faire soigner son lupus. C'est alors qu'elle me raconta qu'à l'âge de 13 ans l'affection se montra sur le côté gauche du nez sous forme d'un tubercule ressemblant à ceux que l'on peut encore retrouver dans l'éruption. Pendant les trente et un ans qui se sont écoulés depuis ce temps, l'éruption s'est étendue progressivement, quoiqu'elle ait toujours été soignée et qu'elle ait suivi rigoureusement les ordonnances qu'on lui a faites.

(1) Voir les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, tome IV, n° 3.

Actuellement toute la face est envahie par le lupus depuis le bord du cuir chevelu en haut, jusqu'à la partie moyenne du cou en bas et d'un pouce derrière une oreille à une égale distance derrière l'autre, en exceptant deux petites plaques de peau saine mesurant en tout deux pouces carrés au-dessus de chaque œil. Toute la surface est d'un rouge foncé, brillant, couverte de plusieurs écailles minces et transparentes, adhérentes par un de leurs bords et de grandeur variable. Il y a en ce moment quelques points d'ulcération superficielle sur la joue gauche, à la commissure buccale et au méat de l'oreille gauche.....

Il y a aussi une plaque de lupus type située dans le dos au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate droite et présentant les dimensions de la paume d'une petite main.

C'est tout ce qu'on trouve comme manifestation cutanée de l'affection.

Telle est l'histoire de la malade. Elle nie avoir eu la syphilis; à l'exploration du poumon, on ne trouve aucun indice de tuberculose; rien dans son histoire personnelle ou héréditaire ne permet de s'arrêter à l'idée d'un carcinome...

Le pharynx présente un aspect bizarre et caractéristique qu'on ne confondrait jamais avec une affection connue. Il ne ressemble à rien de ce que j'ai vu jusqu'ici sinon dans certains cas de phthisie avancée. D'abord on y constate de l'asymétrie : la luette est tirée en bas vers la droite, les piliers de ce côté étant beaucoup plus courts ; l'hypertrophie est générale, l'épaississement de tous les tissus est considérable surtout à droite. De plus, les piliers droits, le bord libre de la voûte palatine et la luette augmentée de deux tiers de sa grandeur normale sont parsemés de granulations charnues, de nodules, de tuméfactions qui leur donnent une surface tout à fait irrégulière. Par-ci par-là sont quelques points blancs alternant avec des endroits dénudés d'épithélium et couverts de petites ulcérations superficielles. La paroi pharyngée postérieure présente ce même aspect épaissi et irrégulier. On voit sur sa surface trois ulcérations petites, arrondies, profondes, à bords épaissis. Plus haut, derrière le voile du palais, l'hypertrophie n'est pas aussi marquée,

mais présente les traces d'une inflammation catarrhale ancienne.

La base de la langue est tellement épaissie qu'elle entrave l'examen laryngoscopique; on y trouve également ces granulations charnues parsemées et ressemblant beaucoup aux papilles normales qui sont d'ailleurs elles-mêmes hypertrophiées.

Si nous examinons le larynx lui-même, nous y constatons tout d'abord une hypertrophie générale et portée au point d'amener des modifications dans la forme des parties constitutives de l'organe. Outre cet aspect hypertrophique, on constate la présence de nombreuses ulcérations, si bien que pour donner une idée nette de l'aspect général de la lésion, je ne trouve rien de mieux, comme point de comparaison, que la laryngite tuberculeuse à la dernière période. L'épiglotte est tellement hypertrophiée que non-seulement elle presse sur la base de la langue, mais qu'elle surplombe aussi l'ouverture supérieure du larynx au point d'en rendre l'exploration très-difficile. Elle est dure, non élastique, immobile; sa surface est presque entièrement recouverte par de très-fines granulations, et on voit encore par-ci par-là des ulcérations superficielles, semblables à celles que nous avons notées sur le pharynx. Cette apparence granuleuse de l'épiglotte que je comparerais volontiers à la surface d'un ulcère indolent, est certainement unique en son genre et ne présente aucune ressemblance avec la surface unie que nous offre l'épiglotte dans la phthisie laryngée. Et cet aspect particulier — si toutefois les observations ultérieures le confirment — ne pourra-t-il pas servir de signe différentiel entre les trois affections : *lupus*, *syphilis*, *tuberculeuse*?

Les autres parties de la portion supérieure du larynx ne sont qu'hypertrophiées. Les replis aryténo-épiglottiques, la muqueuse recouvrant les cartilages aryténoïdes et la commissure postérieure du larynx sont confondus en une masse qui ne présente plus rien d'anatomique comme forme ni comme configuration. La surface interne du larynx au contraire n'a pas encore subi les atteintes de l'affection, ni les cordes vocales supérieures ni les inférieures n'ont subi aucun

changement, et les vraies cordes vocales obéissent à tous les mouvements pendant la phonation.

Devant de telles lésions la question du diagnostic se posait tout d'abord. Il est incontestable que c'est la phthisie laryngée qu'on sera le plus exposé à confondre avec cette affection ; c'est là qu'est la difficulté du diagnostic. Dans les deux affections on trouve une hypertrophie générale des tissus du larynx, surtout de l'épiglotte et de la partie postérieure du vestibule du larynx ; dans les deux également on rencontre les ulcérations superficielles, surtout dans les premières périodes ; des deux côtés on observe un écoulement mucopurulent abondant, une sensation d'obstruction, de tuméfaction de la gorge, de la dysphagie, de la toux, et autres symptômes pénibles du côté du larynx.

Voyons maintenant sur quels points ces deux affections diffèrent, et si ces différences sont assez marquées pour qu'on puisse établir un diagnostic.

Tout d'abord l'aspect du pharynx tel qu'il vient d'être décrit ne se rencontre certainement dans aucune autre affection, sauf peut-être la tuberculisation générale à sa dernière période. Et même ici la ressemblance n'est que superficielle ; nous n'y trouvons pas en effet ces granulations charnues, cette érosion étendue, ni l'hypertrophie des follicules muqueux de la base de la langue. L'aspect de l'épiglotte n'est pas non plus le même dans les deux cas. Nous venons de la voir couverte de gros nodules et ressemblant à une framboise.

Dans la phthisie laryngée elle ne présente jamais de granulations dures et uniformément hypertrophiées. Sur tous les autres points les lésions sont semblables.

L'auteur croit inutile d'insister sur le diagnostic différentiel du carcinome et de l'œdème de la glotte.

La syphilis, au contraire, présente comme diagnostic certaines difficultés. L'épiglotte, on le sait, est le siège de prédilection de la syphilis tertiaire de la gorge, quoiqu'elle s'étende souvent aussi au pharynx. Mais il suffit de rappeler que l'ulcération de la syphilis tertiaire est ordinairement unique, présente une forme plus ou moins circulaire avec des bords

taillés à pic et souvent profondément excavés; le fond de l'ulcération est recouvert d'une sécrétion jaunâtre adhérente et tout autour existe une aréole tuméfiée limitée au voisinage immédiat de l'ulcération. Il n'y a pas d'hypertrophie générale des tissus, pas d'érosions superficielles, pas de granulations ni d'excroissances charnues comme dans le lupus. Et puis il nous reste le traitement spécifique pour rendre notre diagnostic encore plus certain. Le pronostic ne peut être que très-sérieux, mais trop peu de travaux ont été publiés sur ce sujet pour qu'on puisse établir des données exactes sur ce point.

Le traitement de cette affection du larynx est plus ou moins empirique et est fondé sur le traitement de la même maladie siégeant sur la surface cutanée. Dans deux cas (un de Turck et un de Ziemssen) l'huile de foie de morue à l'intérieur et des cautérisations au nitrate d'argent amenèrent une grande amélioration.

Dans le cas rapporté par l'auteur les cautérisations ne furent pas tolérées; des applications calmantes produisirent un grand soulagement sans rien changer toutefois à l'état local.

L'auteur termine en résumant sous forme de conclusions les points importants du travail que nous venons d'analyser et répète que de nouvelles recherches sur ce sujet sont nécessaires.

DOUGLAS AIGRE,
Interne des hôpitaux.

De l'otite primitive externe diphtéritique,

par M. KRAUSSOLD. (*Centralblatt für Chirurgie*, n. 38, 1877.)

Bezold, dans les *Archives de Virchow* (Bd. LXX, Heft 3), avait décrit trois cas d'exsudats fibrineux sur la membrane du tympan et sur le conduit auditif externe, et il les avait désignés sous le nom d'inflammation croupale de la membrane du tympan et du conduit auditif externe. Mais, avant Bezold, Wreden et Moos avaient déjà rapporté des cas semblables, mais beaucoup plus graves, puisque la durée de la

maladie avait été plus longue; les membranes se détachaient difficilement et laissaient une ulcération; il y eut à la suite une suppuration prolongée et la formation de cicatrice. Les trois auteurs s'accordent spécialement en ceci, savoir : qu'ils considèrent la production de ces membranes comme primitive.

Kraussold n'est pas du même avis. Le tégument du conduit auditif osseux et de la face externe de la membrane du tympan est certainement beaucoup plus délicat et irritable que le tégument externe; quoiqu'il soit recouvert d'épiderme au même titre que la peau externe. Or, Kraussold fait remarquer que jusqu'à présent on n'a pas constaté la présence de la diphthérie sur la peau sans qu'il y ait eu au préalable une lésion quelconque.

Certes, l'inflammation diphthéritique secondaire de l'oreille moyenne, après la perforation de la membrane du tympan, peut envahir aussi la face externe du tympan et le conduit auditif externe; mais il est invraisemblable que la diphthérie se présente primitivement dans le conduit auditif externe intact. Si ces parties sont atteintes d'une inflammation ou de légères excoriations, il peut y avoir une cause de la production diphthéritique. Kraussold rapporte, à l'appui de sa manière de voir, l'observation suivante que nous croyons utile de résumer, pour servir à l'étude des affections diphthériques de l'oreille.

Une demoiselle, âgée de 22 ans, souffrait depuis quelques semaines d'une légère inflammation du conduit auditif externe, avec écoulement séreux. Après un traitement indifférent, consistant en injections d'infusions de camomille, etc., son état n'avait pas changé; cependant la dureté de l'ouïe et les bourdonnements avaient disparu, lorsque, au mois de juillet, en même temps qu'un malaise général, se sont manifestées des douleurs lancinantes très-fortes à l'oreille externe, accompagnées de bourdonnements, de cophose, de sensation de plénitude du côté droit de la tête avec chatouillement assez fort dans l'oreille. On ne pouvait penser qu'à un refroidissement. Le conduit auditif externe était rempli de différentes couches épidermoïdales d'un blanc grisâtre, qui ne purent

être extraites par les injections, ni par les petites pincés, à cause de la grande sensibilité. On ne pouvait voir la membrane du tympan. L'oreille droite ne percevait l'échappement de la montre qu'à 5 ou 6 centimètres. La douche d'air, à droite, faisait entendre un râle à grosses bulles, n'améliorait pas l'audition et était douloureuse. La gorge et le nez ne présentaient aucune altération. Le deuxième jour les symptômes étaient les mêmes : malaise, frissons et perte de l'appétit. Avec la pince on put enlever un morceau de la membrane qui obturait le conduit auditif qui, à ce point, était très-rouge, tuméfié, excorié en différents endroits et douloureux. Le soir, la température était à 38°, 7. La douche d'air produisit quelque soulagement. Le morceau extrait ne fut pas examiné avec une grande attention, car on le croyait un morceau d'épiderme desséché. Le jour suivant, on trouvait au même endroit une membrane semblable. Les souffrances étaient égales. C'est alors que Kraussold eut la pensée qu'il pouvait bien y avoir un dépôt diphthéritique.

Depuis quelques mois, en effet, la diphthérie dominait en ville, mais on ne pouvait croire à une infection directe. Kraussold ordonna alors des instillations d'une légère solution d'acide lactique et des injections à l'eau de chaux. Le cinquième jour, il réussit à extraire avec la petite pince un bouchon d'environ 14 millimètres de longueur, de la forme de la partie postérieure du conduit auditif externe, bouchon qui présentait encore la trace du segment supérieur de la membrane du tympan. Amélioration passagère, cessation des bourdonnements, extension de l'ouïe à 14 centimètres. Toute la partie postérieure du conduit auditif externe était rouge, enflée, excoriée et saignant facilement. La membrane du tympan était relâchée, très-injectée et repoussée en dedans. La membrane extraite présentait une masse gris blanchâtre, dense et élastique. Trois ou quatre jours après, elle s'était reproduite et fut extraite de nouveau, après sept jours. Depuis ce moment, l'état général s'améliora. Par des injections d'une solution d'acide salicylique on enleva plusieurs fois des petits morceaux. La suppuration du conduit auditif externe se modéra et depuis lors devint moindre. La per-

ception du tintement de la montre se faisait à 40 centimètres de distance. La membrane du tympan était repoussée un peu en dedans, opaque et d'une coloration blanc grisâtre. La douche d'air améliora ensuite peu à peu l'audition.

A l'examen microscopique, Kraussold trouva dans les fragments de la seconde membrane des faisceaux très-déliés, à forme de réticulum, avec des petites cellules rondes disséminées et, sur les bords, des corpuscules de pus et des cellules épidermoïdales. Kraussold ne constata pas, comme Bezold, des accumulations de microcouches arrangées symétriquement.

Il fait encore remarquer que, dans un des cas observés par Bezold, il existait, préalablement à la maladie croupale, une otite externe bactérienne, dans l'autre une inflammation perforante aiguë de l'oreille moyenne.

D'après ces faits, Kraussold est conduit à admettre, avec toute apparence de vérité, selon nous, que l'inflammation diphthéritique envahit les excoriations légères et l'inflammation du conduit auditif externe, et que, par conséquent, l'otite externe diphthéritique doit être désignée comme une simple diphthérite des plaies, comme elle se présente dans d'autres endroits, et dont le développement serait facilité par l'étroitesse et la difficulté d'accès du conduit auditif externe. Dans l'état actuel de la science, on doit donc admettre que l'inflammation du conduit auditif externe est toujours en rapport avec des inflammations préexistantes, au même titre que l'érysipèle de la face l'est avec des excoriations légères du nez.

D^r BAULIN.

Résumé de 9 cas de polypes du larynx, observés par G. LEFFERTS. (*The medical Record*, New-York, février 1878.)

OBSERVATION I. — M^{me} T..., aphonie complète datant de plusieurs mois. Pas de troubles respiratoires, seulement un peu d'oppression. — Plusieurs accès de spasme laryngé survenant toujours pendant la nuit. État général excellent.

Au laryngoscope on constate que toute la commissure

antérieure du larynx est occupée par une excroissance ovoïde, à surface unie, de nature fibro-cellulaire ou fibroïde, s'étendant jusqu'à la moitié du diamètre antéro-postérieur du larynx et se terminant par une extrémité bifide arrondie. Son point d'insertion se fait à la commissure et sur la face supérieure de la corde vocale gauche en avant. Ce polype occupe la plus grande partie de l'ouverture glottique et maintient les cordes vocales écartées.

Au bout de cinq séances, en ne faisant que deux tentatives par séance, on parvint à débarrasser la malade complètement de son polype. Quelques applications d'électricité pour rendre aux muscles laryngés leur tonicité, achevèrent la guérison qui fut parfaite.

OBSERVATION II. — M. H..., âgé de 28 ans. Aphonie complète datant de plusieurs mois; dyspnée excessive même à l'état de repos. A la première séance la plus grande partie du papillome fut enlevée; immédiatement le malade se sentit soulagé: « Pour la première fois depuis des mois, disait-il, je puis respirer. »

A une seconde séance quelques jours plus tard on enleva une autre portion du néoplasme située surtout sur la corde vocale gauche et sur la face interne du cartilage aryénoïde gauche. Cette fois la voix fut considérablement améliorée. A une troisième séance on enleva un petit reste de la tumeur situé sur la face laryngée de l'aryénoïde gauche. La guérison fut complète.

OBSERVATION III. — Une jeune fille de 16 ans souffrait de la gorge et d'une extinction de voix depuis onze ans. L'aphonie augmentait progressivement. Le début de l'affection aurait été un froid qu'elle aurait contracté à l'âge de 5 ans, au dire de sa mère. Elle souffre d'un peu de dyspnée surtout pendant la nuit. Depuis les cinq dernières années de fréquents accès de spasmes de la glotte, qui surviennent surtout la nuit, ou à la suite d'un grand effort musculaire. La voix est étouffée et au bout de quelques minutes ne s'entend plus; le moindre effort pour parler est accompagné d'accès de toux prolongés. De

temps en temps elle rend en toussant des petits débris charnus.

Le laryngoscope démontra la présence d'excroissances occupant la moitié du larynx et ayant un aspect ramescent ressemblant à des choux-fleurs ; la muqueuse environnante offrait le caractère velvétique ; à n'en pas douter c'était un papillome. Il s'étendait sur la presque totalité des deux cordes vocales, à gauche il se prolongeait en haut jusqu'à la fausse corde vocale et de là sur la face interne du cartilage aryénoïde gauche. La commissure antérieure du larynx était obstruée par le néoplasme ; les inspirations les plus profondes ne parvenaient pas à écarter les cordes vocales de la tumeur. Toute la moitié antérieure de la fente glottique était obstruée ; la moitié postérieure n'était pas bouchée complètement, elle était remplie par des prolongements digitiformes de la tumeur.

En quelques séances, grâce à la facilité avec laquelle le malade supportait l'exploration, le néoplasme fut entièrement enlevé. Mais ce ne fut qu'au bout de plusieurs jours que la voix revint. A la suite des manœuvres opératoires les cordes vocales avaient été le siège d'une légère hyperémie et d'autre part les muscles du larynx mirent quelques jours à reprendre leurs fonctions.

OBSERVATION IV.' — Jeanne B..., âgée de 30 ans, s'exposa au froid en bateau par une forte pluie il y a trois ans. Elle eut une laryngite aiguë avec aphonie. A partir de ce jour sa voix fut toujours rauque et étouffée. Pendant la phonation elle a souvent la sensation d'un corps étranger venant interrompre brusquement la parole, puis succède un léger chatouillement suivi d'accès de toux et d'efforts pour débarrasser la gorge.

Au laryngoscope, on constate la présence d'un néoplasme de forme plus ou moins ovoïde, situé sur la corde vocale gauche, avec laquelle il se confond en partie. Ce néoplasme a une consistance molle et une coloration d'un rouge brillant ; en un mot, il présente les caractères généraux d'une excroissance fibro-cellulaire, d'un polype.

On parvint facilement à en enlever la plus grande partie

avec les pinces laryngées de Turck, mais il en restait une petite portion cachée sous la corde vocale gauche. Au moyen d'un stylet muni de nitrate d'argent on parvint, pendant une forte inspiration, à cautériser le point où était implanté ce débris; on badigeonna ensuite l'intérieur du larynx avec une solution de chlorure de sodium. Néanmoins, cette partie de l'opération fut très-désagréable et amena une laryngite aiguë, qui céda au bout de quelques jours.

OBSERVATION V. — M^{me} J. G..., chanteuse (mezzo-soprano), âgée de 25 ans, a eu, il y a dix ans, une attaque de laryngite membraneuse suivie d'une aphonie qui dura six semaines; puis la voix revint, mais à intervalles plus ou moins éloignés sa voix redevenait rauque et étouffée. Nouvelle attaque d'aphonie il y a quelques mois, à la suite d'un froid. Depuis, la voix est restée voilée, le chant est devenu impossible.

Sur la corde vocale gauche, à l'union du tiers antérieur et du tiers moyen, on voit une tumeur blanchâtre, ovoïde, opaque, située complètement sur son bord libre. En face, sur la corde vocale droite, il existe une petite tumeur absolument semblable, de dimensions un peu moindres. Pendant la phonation, par le contact de ces deux tumeurs l'une avec l'autre, il se forme pour ainsi dire une double glotte qui donne naissance à une émission de notes bitonales, discordantes.

Le traitement consista en des attouchements deux fois par semaine, pendant six mois, avec une solution d'iode et d'iode de potassium dans de la glycérine. Le succès fut complet : la voix redevint normale et l'artiste put reprendre sa profession.

OBSERVATION VI. — Un médecin s'enrhuma violemment, il y a deux ans, il dut garder la chambre pendant huit jours et remarqua qu'à la suite de ce froid sa voix s'était voilée. Il se fit examiner au laryngoscope : il avait une forte hyperémie des cordes vocales. On fit des applications astringentes. Nouvel examen laryngoscopique quelques mois plus tard : laryngite chronique; petit nodule de la dimension d'une tête d'épingle, situé sur le bord interne de la corde vocale droite,

sur sa moitié antérieure. On conseilla des applications d'une solution d'iode et d'iodure de potassium dans de la glycérine. Guérison complète.

OBSERVATION VII. — Au mois de décembre 1877, un jeune homme de 23 ans, robuste, qui n'est entaché ni de syphilis, ni de tuberculose, se présente à la clinique pour une aphonie complète qui date de trois mois. Pendant longtemps il a présenté les symptômes d'une laryngite chronique. Respiration normale; il n'y a jamais eu de spasme du larynx.

La commissure antérieure du larynx était complètement occupée par une tumeur ovoïde qui s'étendait en arrière, entre les cordes vocales, jusqu'à la moitié de leur étendue. D'une coloration rouge, d'une surface unie, elle s'implantait par une large base en avant, juste au-dessous des cordes vocales. Par sa position et par ses dimensions elle s'opposait au contact des cordes vocales, ce qui explique l'aphonie complète. En deux séances, à trois jours d'intervalle, la tumeur fut complètement enlevée. La guérison fut immédiate, la voix redevint normale.

OBSERVATION VIII. — P. L..., âgé de 38 ans, souffrait depuis plusieurs mois d'aphonie. Pas d'autres symptômes. A l'examen, on voit un papillome assez volumineux implanté sur la corde vocale droite.

En une seule séance la tumeur fut enlevée. Guérison complète.

OBSERVATION IX. — M^{lle} M..., âgée de 16 ans, aphonie complète datant de six mois. Depuis dix-sept mois sa voix se voilait de plus en plus. Par deux fois elle avait rejeté dans ses crachats des petits fragments d'une consistance charnue. Pas de toux, ni dyspnée, ni spasme laryngien.

Un vaste papillome s'élève de la fausse corde vocale gauche et recouvre une autre tumeur du même genre implantée sur la commissure antérieure du larynx. Ces deux polypes bouchent complètement l'ouverture de la glotte.

En cinq ou six séances la malade fut complètement débarrassée, et la guérison fut complète.

Dans le courant de son travail, l'auteur appelle surtout l'at-

tention sur les observations IV, V et VI. Le néoplasme revêt chez chacun de ces malades des caractères spéciaux : dimensions petites; implantation sur la face supérieure ou sur le bord libre de la corde vocale; aspect lisse, uni, de coloration rouge plus ou moins foncé; il est sessile et se confond par ses contours avec les tissus sains.

C'est dans ce cas que l'excroissance polypiforme est trop petite pour qu'on puisse la saisir avec des pinces, et que l'auteur, nous l'avons vu, a institué un traitement spécial au moyen de cautérisations avec la teinture d'iode.

Nous regrettons de ne pouvoir reproduire les dessins qui se trouvent dans le texte de l'auteur; chaque observation est accompagnée d'une planche qui met d'une façon frappante les lésions sous les yeux du lecteur.

AIGRE,

Interne des hôpitaux.

La gorge et ses affections

par le D^r LENNOX BROWNE, chirurgien de l'hôpital des maladies de la gorge et des oreilles.

La pathologie du larynx et des organes connexes vient d'inspirer un nouvel ouvrage, *The Throat and its diseases, la Gorge et ses affections*, que M. Lennox Browne, chirurgien de l'hôpital des maladies de la gorge et des oreilles, a récemment fait paraître chez Baillière, Tindall et Cox, à Londres.

Dans son introduction, l'auteur nous prévient qu'il s'occupera d'une façon toute spéciale des affections qui relèvent de l'examen laryngoscopique. Cette méthode d'investigation, d'invention récente, a complètement modifié la pathologie du larynx, et c'est rendre un grand service aux praticiens aussi bien qu'aux élèves que de les initier aux bienfaits de cette découverte.

L'étude des affections de la partie postérieure des fosses nasales ainsi que la portion la plus élevée de la gouttière

pharyngienne, se relie à celle du pharynx proprement dit et du larynx, aussi l'auteur, en même temps qu'il nous fait une description du laryngoscope et du manuel opératoire, nous parle-t-il du rhinoscope et de l'exploration de la partie postérieure des fosses nasales.

Le second chapitre est consacré tout entier à l'anatomie du larynx; cette partie de l'ouvrage étant d'importance secondaire est nécessairement écourtée, mais le peu qu'il y a est très-nettement exposé et résumé avec beaucoup de précision. Le seul reproche que nous puissions adresser à cette anatomie, c'est le fait même de son existence. Dans un ouvrage où l'on se propose d'étudier la pathologie d'un organe, pourquoi accroître cette tâche, déjà lourde, en y ajoutant l'étude anatomique de l'organe lui-même. En revanche nous ne saurions trop recommander la lecture du chapitre suivant dans lequel on trouve une description très-claire et très-détaillée de ce que l'on voit dans le miroir laryngoscopique; l'auteur accompagne sa description de comparaisons bien choisies qui aident beaucoup le débutant à se retrouver au milieu des images diverses que lui renvoie le miroir.

Puis nous entrons de plain-pied dans la pathologie. La « *Sémiologie générale des affections de la gorge* » sert de titre à un tableau très-complet et très-détaillé de tous les symptômes qu'il faut avoir présents à l'esprit quand on fait l'examen du malade. Nous regrettons que la place nous manque pour reproduire en entier ce tableau. Il sera d'une utilité immense à qui désirera faire le diagnostic d'une affection laryngée, à qui voudra ne pas se contenter, comme dit l'auteur, de traiter tout bonnement le symptôme, soit la toux, soit l'enrouement, soit l'oppression. A la suite de ce tableau nous trouvons une analyse complète de chaque signe; parmi les signes physiques, la couleur, la forme, le changement de position sont considérés tour à tour; parmi les signes fonctionnels, la voix, la respiration, la déglutition et la toux. A propos de la toux l'auteur reconnaît comme parfaitement exactes les diverses localisations de la toux que Stoerk a fait connaître, à savoir l'espace inter-ary-

ténoïdien, la paroi postérieure de la trachée et du larynx, la face inférieure des cordes vocales, le point de bifurcation de la trachée.

Dans son chapitre sur la thérapeutique générale des affections de la gorge on trouve l'énumération de toutes les méthodes de traitement adoptées jusqu'à ce jour, et elles sont nombreuses. Mais, par exemple, l'auteur est complètement opposé aux inhalations de vapeurs, ainsi qu'à l'introduction de poudres dans le larynx ; il considère que ce sont là des pratiques essentiellement anti-physiologiques, cet organe n'ayant jamais été destiné à entrer en contact avec autre chose que des gaz.

C'est par les affections du *pharynx et de l'arrière-gorge* que l'auteur commence sa pathologie spéciale, et il les a réunies toutes en un seul chapitre.

Dans la description de chaque maladie il suit rigoureusement l'ordre qu'il a établi dans le tableau dont nous avons parlé plus haut et de cette façon il présente un ensemble très-clair, très-concis de chaque affection ; la description paraît écourtée au premier abord, mais en y regardant de plus près on retrouve tous les symptômes, exposés, sans phrases, il est vrai, mais avec ordre et netteté. A propos de la pharyngite chronique, du catarrhe chronique du pharynx, l'auteur dit n'avoir pas observé cette corrélation entre cette maladie et l'acné ou l'herpès signalée par notre regretté Isambert. La raucité de la voix, qui est ici un symptôme de premier ordre, se remarquerait surtout, d'après les observations de l'auteur, chez les malades qui fatigueraient leur voix de temps en temps seulement, et serait rare au contraire, chez le malade qui est appelé par sa profession à faire des efforts quotidiens.

Plus loin, à propos de la syphilis du pharynx, nous lisons que l'apparition de plaques muqueuses est souvent précédée d'une élévation de température et dans un autre paragraphe que la production de troubles gastriques dans le catarrhe chronique du pharynx s'explique probablement par l'anastomose du glosso-pharyngien et du pneumo-gastrique. D'accord avec tous les médecins, M. Lennox Browne s'appe-

santit sur la difficulté qu'il y a à distinguer les lésions scrofuleuses des lésions syphilitiques tertiaires ou congénitales; il va même jusqu'à douter de l'existence des ulcérations purement scrofuleuses décrites par Isambert. Ce chapitre se termine par les tubercules du pharynx dont l'auteur ne croit pas l'existence démontrée même après le travail de Frankel de Berlin, puis par quelques mots consacrés aux névroses diverses de l'organe, aux vices de conformation, aux déviations, etc.

Les affections de la luette se confondent généralement avec celles du pharynx, elles révèlent les mêmes caractères et suivent la même marche; l'auteur en convient d'ailleurs parfaitement, néanmoins il réunit dans un chapitre les maladies de la luette et celles des amygdales, probablement pour faire mieux ressortir les pages qu'il consacre à l'allongement de la luette; cette petite affection est parfaitement décrite et son traitement très-bien discuté, tout au plus pourrait-on trouver exagéré le sombre tableau que l'auteur fait d'une affection qui est, en règle générale, d'une entière bénignité.

Nous ne nous arrêterons pas aux affections des amygdales; mentionnons en passant le cancer de cet organe que l'auteur n'a rencontré que six fois en onze ans dans un hôpital où l'on ne traite exclusivement que des maladies de la gorge. Toujours d'après l'auteur, ce cancer a été primitif, tantôt de nature squirrheuse, tantôt encéphaloïde.

Nous passerons rapidement sur l'inflammation catarrhale aiguë ou chronique de l'arrière-cavité des fosses nasales, pour arriver au chapitre suivant qui est intitulé : de la diphthérie.

Ce chapitre sert de transition du pharynx au larynx; en effet la diphthérie s'attaque également à ces deux organes et se propage le plus souvent de l'un à l'autre. Quant à la nature de la diphthérie, diffère-t-elle de la laryngite membraneuse, ou n'est-ce qu'une même maladie? l'auteur ne veut pas trancher la question, et pourtant il donne dans le courant du chapitre les signes différentiels classiques. Il émet l'hypothèse que la laryngite membraneuse simple ou vrai croup, n'est qu'une laryngite aiguë qui se montrant chez un enfant

revêtirait certains caractères particuliers, et cette particularité s'expliquerait par l'imperfection de la circulation capillaire chez l'enfant.

Suivent toutes les maladies inflammatoires du larynx, y compris l'anémie, à propos de laquelle l'auteur renvoie à l'article phthisie laryngée, l'hypérémie ou congestion et l'œdème. Nous aurions voulu voir ce dernier point traité plus longuement, ainsi que la phthisie laryngée dans la description de laquelle l'auteur nous semble avoir négligé quelques symptômes. En revanche la laryngite catarrhale chronique ainsi que la syphilis laryngée secondaire et tertiaire sont longuement développées; la description des symptômes est complète et le chapitre traitement n'a nullement été sacrifié.

La dégénérescence des cartilages du larynx (chap. XIII) a une triple origine: 1° tantôt elle est osseuse; 2° tantôt elle est fibreuse, 3° tantôt elle est inflammatoire et dans ce dernier cas, peut succéder parfois à des opérations telles que la trachéotomie.

Les néoplasmes bénins du larynx constituent un des chapitres les plus intéressants de l'ouvrage. En effet, comme le fait observer l'auteur, c'est dans ce genre d'affection surtout que le laryngoscope est d'un si grand secours. C'est par excellence la maladie laryngée sur laquelle l'art chirurgical a le plus de prise, aussi la littérature laryngoscopique est-elle très-riche en observations de ce genre, en procédés opératoires divers, en instruments variés et nombreux ayant tous leurs admirateurs et leurs détracteurs.

En face d'opinions si diverses, l'auteur a cru rendre service en posant certains axiomes relativement aux opérations pratiquées sur le larynx:

1° Les tentatives faites dans le but d'extraire un corps intra-laryngien ne sont pas aussi inoffensives qu'on le pense généralement, et il n'est pas rare au contraire que le traumatisme amène des résultats désastreux et même fatals;

2° Les symptômes fonctionnels qu'occasionnent le plus souvent les néoplasmes bénins du larynx ne sont pas assez sérieux pour motiver une intervention chirurgicale;

3° La plupart de ces produits de nouvelle formation, surtout quand ils sont de date récente, peuvent disparaître ou diminuer par un traitement médical, local et général;

4° La reproduction des excroissances du larynx après arrachement est plus fréquente qu'on ne le pense généralement;

5° S'il est vrai que des néoplasmes cancéreux ou d'un caractère malin se montrent rarement d'emblée dans le larynx, en revanche des affections bénignes revêtent parfois un caractère malin et même cancéreux à la suite de tentatives d'extirpation;

6° Les instruments dont on se sert le plus ordinairement aujourd'hui sont beaucoup plus dangereux que ceux qui étaient en usage autrefois;

7° Jamais on ne devrait avoir recours à un procédé opératoire extra-laryngien que lorsque la vie est en danger.

Chacun de ces axiomes est développé longuement avec des observations à l'appui. Nous laissons à l'auteur la responsabilité de ce que quelques-uns d'entre eux peuvent contenir d'exagéré.

Le cancer du pharynx et du larynx, primitif et secondaire, forme un chapitre spécial où il se trouve décrit avec toutes ses formes.

Les névroses diverses du larynx sont divisées en :

1° *Névroses de sensibilité* : anesthésie-hyperesthésie et névralgie laryngée, très-rare d'après l'auteur; il a presque toujours trouvé une lésion quelconque;

2° *Névroses de motilité* qui se subdivisent en :

Paralysie du larynx supérieur.

Paralysie du récurrent comprenant les diverses formes de paralysies uni-latérale ou bilatérale de chaque groupe de muscles.

3° *Affections spasmodiques.*

Le diagnostic différentiel de toutes les affections laryngées a suggéré à l'auteur l'idée d'un tableau très-complet dans lequel il résume tout ce que contient son livre; il insiste avec raison sur l'utilité, dans les maladies du larynx, de faire un diagnostic exact et complet, car c'est du diagnostic que dépend le pronostic, et c'est surtout dans ce genre de maladie que le patient veut absolument savoir à quoi

s'en tenir, ce qu'il peut espérer, ce qu'il doit craindre.

Nous ne ferons que mentionner le dernier chapitre qui est une longue liste de formules. Ces formules sont tirées presque toutes de la pharmacopée de l'hôpital des maladies de la gorge.

Disons en terminant que l'ouvrage que nous venons d'analyser a été imprimé et édité avec le plus grand soin. On trouve dans le texte de nombreuses figures explicatives très-nettes, très-bien dessinées, et à la fin du volume dix planches chromo-lithographiées comprenant chacune un grand nombre de dessins; ces dessins viennent puissamment en aide à celui qui lit dans le texte la description d'une affection qu'il n'a jamais eue sous les yeux, aussi l'auteur y renvoie-t-il à chaque instant dans le cours de son ouvrage. Nous répéterons ce que nous avons dit en commençant, le livre de M. Lennox Browne est d'une utilité incontestable, grâce à la façon pratique dont il a traité toute la pathologie du larynx.

DOUGLAS AIGRE.

Tumeur du voile du palais avec engorgement inflammatoire concomitant. — Gangrène spontanée. — Mort,
par le Dr MERCIER, médecin aide-major. (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 10 mai 1878.)

Sous ce titre nous trouvons une observation détaillée d'une tumeur tout à fait particulière, et, on peut le dire, unique en son genre. Car dans les trois pages d'historique où l'auteur a consigné les cas de tumeurs ressemblant à celle dont il s'agit, on ne trouve aucune description, ainsi qu'il le fait observer lui-même, qui puisse s'adapter, même grossièrement, à l'observation qu'il rapporte.

Il s'agit d'un soldat, K.... (Jean), âgé de 22 ans, ouvrier verrier avant son incorporation dans les chasseurs à pied. Entré au service militaire le 20 octobre 1875. Entré au Val-de-Grâce le 29 mars 1876.

Ce jeune homme ne présente rien dans ses antécédents personnels ou héréditaires qui puisse se rapporter à l'affection dont il est atteint aujourd'hui. Ses parents encore vivants, ses frères et sœurs jouissent tous d'une bonne santé; on ne trouve pas d'antécédents de rhumatisme, pas de trace de scrofule ni de syphilis. Il fume beaucoup et

fume surtout la cigarette. Il n'a jamais eu de maux de gorge ni d'inflammations de la bouche, malgré le métier de souffleur de verre qu'il a toujours exercé.

Pendant deux mois il fit régulièrement son service. Vers les derniers jours de décembre 1875, étant à l'exercice il fut pris d'un refroidissement. Le soir il eut un fort frisson, une fièvre vive, une douleur à la gorge et de la gêne pour avaler; c'est à ce jour que le malade fait remonter le début de son affection. Il maigrit notablement, ses forces diminuèrent, sans que les autres fonctions fussent notablement dérangées. Peu de jours après les ganglions carotidiens des deux côtés devinrent volumineux sans être très-douloureux. Le mal de gorge, la gêne de la déglutition, loin de diminuer, augmentèrent petit à petit, sans cependant empêcher le malade de faire son service pendant deux mois environ. C'est à la fin de février que, se sentant très-gêné par une grosseur qu'il avait dans la gorge, il entra à l'infirmerie de son corps, d'où il fut dirigé sur l'hôpital militaire de Vincennes le 13 mars 1876.

Là, on lui prescrivit des gargarismes chloratés. La tumeur continua à grossir. Le 28 mars le médecin traitant voyant la gêne absolue de la respiration, l'impossibilité de déglutir, le voile du palais touchant la base de la langue (on ne pouvait passer le doigt entre les deux), la narine droite commençant à être bouchée, l'oreille droite étant le siège de bourdonnements, se décida à intervenir. Il fit avec un bistouri boutonné, une incision de bas en haut sur la partie droite et presque médiane du voile du palais, incision allant jusqu'à la voûte palatine.

Cette opération suivie d'un écoulement de sang très-minime, amena un peu de soulagement; la respiration devint plus facile, et la déglutition fut possible, mais seulement pour les liquides.

Le 29 mars on l'envoya au Val-de-Grâce.

Etat au moment de l'entrée. — Le malade est grand, pâle et fort amaigri. Il respire difficilement, il ronfle et nasonne. La déglutition est presque impossible; les boissons et aliments liquides seuls déglutis, reviennent en grande partie par le nez.

Depuis quelques jours la narine droite est bouchée. Il entend encore bien de l'oreille droite et se plaint de bourdonnement de ce côté. Les ganglions des deux régions carotidiennes sont engorgés; du côté droit, les ganglions profonds sont seuls pris; du côté gauche les superficiels et les profonds sont envahis. Ils forment des saillies mamelonnées, chacune de la grosseur d'une noix, sans changement de coloration, sans amincissement de la peau, sans adhérence au tégument externe; ils sont entourés d'un empâtement diffus un peu dur. Ils sont indolores spontanément; on ne détermine de la douleur que par une pression vive; les ganglions sont un peu durs, mobiles, souples et assez bien limités.

En faisant ouvrir la bouche, on voit le voile du palais fortement tuméfié et faisant une notable saillie en avant. Comme je l'ai dit plus haut, une incision a été faite sur le côté droit du voile; les bords de cette incision sont grisâtres, nets, épais de 1 centimètre et écartés en bas. Le voile du palais est absolument indolore; dur, tout à fait immobile, sauf sur la partie latérale gauche. La muqueuse est d'un rose vif, lisse, luisante, humide, sensible; elle ne présente aucune inégalité, et il est impossible de la plisser entre les doigts, tellement elle est distendue. Le pilier droit antérieur du voile, les culs-de-sacs gingivaux sont envahis par la tuméfaction; le pilier antérieur gauche est sain. En passant le doigt à travers la partie inférieure de l'incision, on arrive sur la paroi postérieure du pharynx. Entre cette paroi et la partie postérieure du voile on peut engager assez facilement la pulpe de l'index, en déterminant de vives nausées réflexes. La paroi postérieure du pharynx paraît au toucher molle et bourgeonnante; mais cette sensation est due à une infiltration œdémateuse péri-pharyngienne, car cette paroi a conservé sa souplesse, son épaisseur et sa mobilité. Les amygdales sont absolument saines et petites; la narine gauche est libre; l'orifice postérieur de la narine droite est bouché. Il n'y a aucune lésion osseuse, la voûte palatine, le maxillaire supérieur, l'apophyse basilaire sont sains et libres de toute implantation ou adhérence du voile. Il y a un peu d'exorbitisme. Le malade rejette par la bouche et par le nez

une grande quantité de mucosités et de salive. Il n'y a pas eu d'épistaxis.

Pour le reste il n'y a rien à noter. Rien au cœur.

Le foie et la rate ont leur volume normal; il n'y a nulle part d'autres ganglions engorgés.

Le malade a faim et voudrait pouvoir manger. Les selles sont assez régulières. Les urines sont rendues en quantité moyenne, claires, sans albumine, sans sucre, sans rien de particulier. Rien dans les poumons.

La température prise pendant deux semaines consécutives, a oscillé entre 36°, 8 et 37°, 4.

Le malade a pris de l'iodure de potassium sans résultat.

Traitement : Aliments liquides. Gargarisme avec bromure de potassium 2 grammes.

Nous résumons la suite de l'observation. A partir de ce moment jusqu'au 20 avril il se fait une amélioration dans l'état général et local du malade. En même temps qu'il reprend des forces, le voile du palais diminue de volume, l'incision semble se combler, les ganglions carotidiens sont moins proéminents; le malade dit pouvoir mieux respirer, déglutir plus facilement, et entendre mieux de l'oreille droite.

Du 22 au 26 recrudescence des symptômes. Le 23 on ouvre une petite collection purulente péri-ganglionnaire gauche. La dose de bromure de potassium est portée à 4 grammes. Du 26 avril au 16 mai on constate de nouveau de l'amélioration. Cependant le malade ne se nourrissant que très-imparfaitement est toujours maigre, pâle et presque cachectique.

A cette époque un morceau de la tumeur a été coupé et remis à M. Poruet, professeur agrégé à l'Ecole du Val-de-Grâce. De son examen il résulte que la muqueuse et les muscles sont absolument sains; mais que le tissu sous-muqueux est envahi par une quantité considérable d'éléments embryonnaires conjonctifs.

Le sang a été examiné; la proportion des globules blancs aux globules rouges est normale. A l'examen histologique la tumeur ne présente pas les caractères du cancer, ni ceux du fibrome, de l'adénome ou du sarcome ordinaire.

Le 16 mai il se fait une nouvelle recrudescence des accidents; l'engorgement ganglionnaire est plus considérable, le voile du palais prend un volume énorme, l'incision qui a été faite ne se cicatrise pas. La parole est presque impossible; la déglutition est absolument empêchée. Le malade est très-abattu, il respire à grand'peine. Pas de fièvre ni de frissons.

Potages et bouillons, fumigations tièdes. Attouchement au chlorate de potasse.

Du 22 mai au 10 juin nouvelle amélioration interrompue toutefois par un abcès ganglionnaire qu'on ouvre qui donne issue comme le précédent à du pus bien lié.

Le 10 juin la tumeur est toujours dure, de consistance cartilagineuse; l'incision n'est pas cicatrisée; la sensibilité de la muqueuse est intacte.

Les bords de l'incision prennent une teinte grise noirâtre et exhalent une odeur fétide; ils commencent à se gangrener.

Le malade ne peut plus se lever. Apyrexie absolue. La déglutition est impossible, et malgré la faim ardente dont il se plaint, il ne peut rien faire passer, ni liquide ni solide. La voix s'entend à peine. La respiration est difficile et bruyante.

Fumigations tièdes, badigeonnage des points sphacelés avec solution du chloral 2 grammes 0/0 d'eau.

A partir du 13 juin la gangrène s'étend lentement à tout le voile du palais. A diverses reprises on a enlevé avec des pinces des parties sphacélées.

Le 20 juin le crachoir a été trouvé rempli de sang noir et de caillots. On ne voit pas d'où a pu venir cette hémorrhagie.

Enfin le malade s'éteint le 29 à 2 heures du matin ayant encore toute sa connaissance.

Autopsie faite 24 heures après la mort :

Emaciation extrême du cadavre. Les organes sont sains, pâles et exsangues. Ils ne présentent rien à noter. On ne trouve pas de ganglions bronchiques ni de ganglions mésentériques.

Les poumons sont énormes, fortement congestionnés. En arrière et à leur base, on trouve plusieurs noyaux de pneumonie gros comme le pouce.

La langue, le larynx, la trachée sont sains. Pas d'œdème des replis aryéno-épiglottiques. La voûte palatine, la cloison des fosses nasales, les cornets, le vomer, sont absolument intacts. L'apophyse basilaire est libre, sans rapports avec le voile du palais; le périoste est gangrené dans une petite étendue; mais l'os est sain. On ne trouve pas de trace de tumeur. Le voile du palais est presque entièrement remplacé par une masse grisâtre, butyreuse, d'une odeur infecte. On ne retrouve des traces des muscles et des aponévroses que vers les insertions palatines et les piliers. Il n'y a plus de luette. Les piliers antérieurs sont infiltrés par cette masse gangréneuse, mais ils ont conservé leur forme et leur consistance à peu près normales. Les amygdales sont absolument saines, petites et enfoncées dans leurs loges. Les piliers postérieurs sont plus atteints que les antérieurs; ils sont ramollis, sphacelés et se laissent déchirer facilement par la pince. La paroi postérieure du pharynx est peu altérée; elle est un peu épaissie; ses muscles sont sains; sa muqueuse présente quelques points de sphacèle.

Les ganglions du cou ont repris leur grosseur et leurs caractères normaux. Ils sont seulement un peu vasculaires à la coupe.

Dans les remarques qui font suite à cette observation, l'auteur cherche à montrer combien cette tumeur se différencie de toutes les espèces de tumeurs connues. On ne peut la faire rentrer dans aucune catégorie, car s'il est vrai que par certains points elle se rapproche plus ou moins de telle classe, elle présente aussi d'autres caractères qui l'en distinguent complètement. C'est ce que fait très-bien ressortir l'auteur dans les quelques pages où il essaie de faire le diagnostic de la maladie qu'il a observée. AIGRE.

ERRATUM.

Au dernier numéro de ces *Annales* (n° 3, t. IV, du 1^{er} juillet 1878, p. 142), au lieu de « figures de la canule à main du Dr Krishaber » lisez : « canule à bec », etc.

ne
on
nt
le
te
de
cé
e.
es
us
se
n-
u-
es
s ;
i-
est
ont
le.
irs
res

on,
fé-
ne
rai
de
en
es-
ire

ail-
ain